This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A 3 9015 00382 696 6
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google

Digitized by Google

610.5
A47
Z5

Digitized by Google

Digitized by Google

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

von Krafft-Ebing Graz — **Nasse** Bonn — **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Dr. O. Berkhan

Zweiundvierzigster Band.

Mit einer Tafel.

Berlin.

Druck und Verlag von Georg Reimer.

1886.

Digitized by Google

Digitized by Google

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Motorische Störungen beim einfachen Irresein. Von Dr. *C. F. W. Roller*, Director der Heil- und Pflegeanstalt zu Brake 1

Die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Mit weiteren Bemerkungen über diese. Von Dr. *J. L. A. Koch*, Director der Staatsirrenanstalt Zwiefalten 61

Ueber Degenerationserscheinungen bei Psychose. Von Sanitäts-Rath Dr. *Fraenkel*, Director der Heilanstalt in Bernburg 76

Practische Beiträge zur Anwendung der Elektricität bei Geisteskranken. Von Dr. *Heyden*, 2. Arzt der Privatheilanstalt zu Endenich bei Bonn 83

Ein Fall von acutem, tödtlichem Irresein mit localisirten Krämpfen. Von Dr. *Sebastian Levy*, Assistenzarzt an der Maison de Santé zu Schöneberg-Berlin 69

Zum sog. hallucinatorischen Wahnsinn. Von Dr. *P. Mayser*, Burghölzli bei Zürich 114

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

51. ordentl. Versammlung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. December 1884. Hierzu 1 Tafel 138

König, Demonstration eines Idioten-Gehirns 138

Levy, Fall von tödtlichem Irresein mit localisirten Krämpfen . . . 142

Sakaky, Ueber das Irrenwesen in Japan 144

Hans Laehr, Zur Acetonurie Geisteskranker 153

Literatur.

Irrengesetzgebung. Eine Zusammenstellung aller Irrengesetze der Staaten und Territorien der Vereinigten Staaten bis zum Jahre 1883, ebenso der Gesetze von England, Canada und der wichtigsten Bestimmungen in Deutschland, Frankreich u. s. w. von *George L. Harrison*, L. L. D. Philad. 1884. Von *Pelman* 159

Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung. Von Dr. *Theodor Meynert*. Erste Hälfte (Bogen 1—18). Wien, Braumüller, 1884. Von *Kraepelin* 162

166206

Digitized by Google

Seite

Kleinere Mittheilungen.

Rückblick auf die Irrenanstalten und die psychiatrische Literatur Schwedens im Jahre 1884. Von *Ernst Hjertström*, Oberarzt, Hernösand, Schweden 169
Bericht über die familiale Verpflegung Geisteskranker zu Ellen im Jahre 1884. Von Dr. *Engelken* in Rockwinkel bei Bremen . . . 173
Aus Schlesien. — Ehescheidungsprocess in London. — Feuer in der Männerabth. der Irrenanstalt zu Philadelphia. — Wahnsinn eines Schiffskapitäns. — *Heinrich Neumann*, Necrolog 178
Der Verein der deutschen Irrenärzte 185
Verein zum Austausch der Anstaltsberichte 185
Personal-Nachrichten 185

Zweites Heft.

Originalien.

Ueber Entweichung und Entweichungsversuche von Geistesgestörten aus ihren Verpflegungsorten. Von Prof. Dr. *Ludwig Schlager*, Director der n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien 187
Aus Aegypten. Von Prof. Dr. *E. Mendel* in Berlin 240
Zur Casuistik der Hirntumoren. Ein Beitrag zur Kenntniss der Gehirnlocalisationen. Von Dr. *Th. Saelan*, Director der Irrenanstalt zu Lappwik bei Helsingfors in Finnland 247
Ueber die Beziehungen der progressiven Paralyse zur Syphilis. Von Dr. *Max Goldstein*, zweitem Arzte der Maison de santé zu Schöneberg-Berlin 254

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

52. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin, den 16. März 1885 259
R. Schröter, Zwei Fälle von schwerer Schädelverletzung und Geistesstörung 259
Goldstein-Schöneberg, Ueber die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse 268
Laehr H., Zum internationalen ärztlichen Congresse in Kopenhagen 269
Steenberg, Aperçu statistique sur les aliénés et les institutions psychiatrique de la Scandinavie, Copenhaque 1884 272
Prof. *Adamkiewicz*, Zur patholog. Histologie der Tabes 275
Obe die Morphiumsucht und ihre Behandlung . . 275

Digitized by Google

Seite

Paetz, Die Bedeutung der Arbeitercolonien für die Behandlung der Geisteskrankheiten 276

Prof. *Kjellberg*, Du rôle des écoles pour la production des maladies mentales 276

Eulenburg, Die Heilbarkeit der Tabes 276

Ball, De l'hérédité dans la paralysie générale 277

Rohmell, Du rôle de la syphilis dans la paralysie gén. des aliénés 277

Eulenburg, Die vasomotorischen und trophischen Neurosen . . . 277

Baraduc, Ueber die Behandlung chronischer Rückenmarkscongestionen und Exsudationen mittelst ventouses vésicantes . . 278

Roth und *Friedenreich*, Sur la sclérose latérale amyotrophique. . 278

Adamkiewicz, Ueber Hirnreizung, Hirnverletzung u. Hirncompression 279

Müller, Die dyscrasischen Momente, welche bei der Genese der Psychosen und Neurosen eine Rolle spielen 281

Hallager, Les troubles psychiques dites équivalents d'un accès d'épilepsie 281

Prof. *Kjellberg*, La valeur des exercices dans le traitement des maladies mentales 281

Rosenbach, Ueber die Pathogenese der Epilepsie 281

Storch, Beitrag zur Behandlung von Migräne und Kopfweh beim Weibe 281

19. Versammlung der Mitglieder des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover am 1. Mai 1885 282

Snell, Ueber die Krankheitsformen der in den letzten 28 Jahren in die Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim aufgenommenen Geisteskranken 282

Nicol, Spastische Spinalparalyse 285

Eckelmann-Marburg, Ueber Aphasie 290

Kelp-Oldenburg, Ueber Asthma und Psychose 290

Literatur.

Insanity and allied Neuroses. Practical and clinical by *George H. Savage*. With 19 Illustrations. London 1884. 544 S. Von Dr. *Pelman* . 295

Kleinere Mittheilungen.

Feuerlösch-Ordnung für die Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde 297

In der Irrenheilanstalt Burghölzli. — In England. — 58. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg. — Congress der Irrenärzte in Antwerpen 300

Personal-Nachrichten 301

Digitized by Google

Drittes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 2. Halbjahre 1884.

Viertes Heft.

Originalien.

Seite

Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse. Von *W. Sommer*, Assistenzarzt der ostpreuss. Prov.-Irrenanstalt Allenberg 303

Einiges zur allgemeinen Paralyse der Irren. Von Dr. *W. Nasse*-Bonn 316

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

53. ord. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. Juni 1885 331

Dr. *Knecht*-Colditz, Ueber die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse 331

Dr. *Hans Laehr*-Schweizerhof, Wirkung der *Mitchell-Playfair*'schen Kur auf den Stoffwechsel 341

Dr. *Vogelgesang*-Dalldorf, Ueber Cannabinon 341

Die Section für Psychiatrie und Neurologie der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg 18.—23. Sept. 1885 . . . 347

v. Gudden-München, Ueber die Sehnerven, die Sehtractus, das Verhältniss ihrer gekreuzten und ungekreuzten Bündel, ihre Seh- und Pupillarfasern und die Centren der letzteren 347

Grashey-Würzburg, Ueber die Bedeutung des Liquor cerebro-spinalis für die Blutbewegung im Schädel 348

Binswanger-Jena, Ueber die pathologische Histologie der Grosshirnrinde bei der Dementia paralytica 349

Pflueger-Bern, Ueber Erregungen und Miterregungen im Bereiche homonymer Gesichtsfeldbezirke 350

Stein-Frankfurt a. M., Die Anwendung schwacher galvanischer Ströme in der Electrotherapie 351

Stein-Frankfurt a. M., Ueber die Fortschritte der Technik bei der Application elektrischer Bäder 351

Freusberg-Saargemünd, Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen 352

Kraepelin-Dresden, Ueber Verwirrtheit 352

Rumpf-Bonn, Ueber die Behandlung der Tabes dorsalis 354

Nissl-München, Ueber die Untersuchungsmethoden der Grosshirnrinde 354

Herzen-Lausanne, Ueber die Spaltung des Temperatursinnes in zwei gesonderte Sinne 356

Rumpf-Bonn, Ueber syphilitische Monoplegien und Hemiplegien . . 357

Digitized by Google

Seite

H. W. Freund-Strassburg, Ueber die feineren Veränderungen der Nervenapparate im Parametrium bei einfacher und parametritischer Atrophie 357

Ranke-München, Ueber cerebrale Kinderlähmung 358

Demme-Bern, Beiträge zur Kenntniss der schädlichen Wirkungen des Alkoholmissbrauches auf den kindlichen Organismus 358

Literatur.

Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Nach Beobachtungen in der Irrenanstalt Dalldorf von Dr. *W. Sander* und Dr. *A. Richter*. Berlin 1886. 404 S. Besprochen von Dr. *Pelman* 359

Kleinere Mittheilungen.

Ein blinder Taubstummer vor Gericht. Von Dr. *R. Schroeter*-Eichberg 365

Die „Beurlaubung" in den Irrenanstalten. Von Dr. *E. Kessler*, Director der Grossherzoglich Sächsischen Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Blankenhain i. Thür. 371

Shuttleworth, Intemperance as a cause of Idiocy. Von Dr. *Kind* . . 373

Winke aus klinischen Studien der Trunksucht. Von *T. D. Crothers*, Dir. des Walmet-Asyls, Hartford, Cinn. Von *Pieper*-Moyland . . 379

Nekrolog *Hayner's*. — Idioten der Irren- und Idiotenanstalten in Deutschland. — Aus Amerika. — Bei den Bongo-Negern in Central-Afrika. — Das Jubiläum *C. Hergt's*. — Dr. *J. Joh. Lunier* . . . 385

Personal-Nachrichten 389

Fünftes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 1. Halbjahre 1885.

Sechstes Heft.

Originalien.

Ueber Geistesstörung als Ehescheidungsgrund von juristisch-psychiatrischem Standpunkte. Von Dr. jur. *Abraham Christoph* 391

Die Anwendung des Atropins bei Ptyalismus. Von Dr. *Otto Hebold* 432

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Baden am 16. und 17. September 1885 444

Dr. *Schüle*-Illenau, Ueber die Frage der Beschränkung der Heirathsberechtigung bei belasteten und irre gewesenen Personen . . . 445

Digitized by Google

Seite

Prof. *v. Gudden*, Ueber die Einrichtung von sogenannten Ueberwachungsstationen 454

Dr. *Siemens*-Ueckermünde, Ueber die Behandlung der Nahrungsverweigerung der Irren 458

Dr. *Oebecke*-Endenich, Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken 463

Prof. *von Gudden*, Ueber die Frage der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde 478

Prof. Dr. *Mendel*-Berlin, Der ärztliche Sachverständige und der Ausschluss der freien Willensbestimmung des § 51 des Deutschen Strafgesetzbuches 499

Dr. *Witkowski*-Hördt i./E., Zur klinischen Psychiatrie 509

Literatur.

Kriegs-Psychosen als Kapitel X des 7. Bandes vom Sanitätsbericht üb. d. deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Von Stabsarzt Dr. *Fröhlich* 514

Victor Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Von *Sch.* 520

Rieger, Eine exacte Methode der Craniographie. Von *Köhler* . 525

Dr. *Paul Boerner*, Bericht über die allgemeine deutsche Ausstellung, auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens. Von *Eickholt* 527

Schüle, Klinische Psychiatrie. Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Dritte völlig umgearbeitete Auflage. XVI. Band des *Ziemssen*'schen Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie. Von Dr. *Freusberg* 528

Ueber gesunde und kranke Nerven von Dr. Freiherr *R. von Krafft-Ebing*. Von *Schüle* 535

Kleinere Mittheilungen.

Krohne, die Unterbringung geistesgestörter Verurtheilter. — Aus Berlin. — Geisteskranke Sträflinge. — Aus Pommern. — Siegburg. — Ehe unter Blutsverwandten. Von *P.* — Aus London. — Das irische Gesetz. — Ueber den Modus der Anstalts-Aufnahme von Geisteskranken, Epileptikern und idiotischen, epileptischen und paralytischen Kindern in Paris. — Vatermord durch eine Blödsinnige. — Hypnose in Java. — Nekrolog *Voppel*. — Nekrolog *Ed. Lorent*. — Nekrolog *Eschenburg*. — Aus Illenau. — Verein der deutschen Irrenärzte. — XI. Versammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. — 5. Conferenz für Idioten-Heil-Pflege 536

Personal-Nachrichten 565

Verzeichniss der Mitarbeiter 561

Digitized by Google

Motorische Störungen beim einfachen Irresein[1]).

Von

Dr. C. F. W. Roller,
Director der Heil- und Pflegeanstalt zu Brake.

Die folgenden Ausführungen sollen motorische Störungen in solchen Formen des Irreseins behandeln, welche nicht mit Krämpfen, Lähmungen oder ataktischen Erscheinungen verbunden sind. Die bezüglichen Anomalien bei Dementia paralytica und bei den grossen Neurosen, Hysterie, Epilepsie, Chorea, sowie bei anderen Erkrankungen des Nervensystems, auch insoweit sich mit ihnen Irresein complicirt, würden demnach nicht den Gegenstand der Untersuchung bilden[2]).

Es sind vielmehr die im Allgemeinen den willkürlichen oder doch bewussten zugerechneten Bewegungen, und es sind Störungen derselben bei dem einfachen Irresein, worauf ich die Aufmerksamkeit lenken möchte.

Es wird gesagt werden dürfen, dass die erwähnten Erscheinungen die Beachtung der Irrenärzte seither nur in verhältnissmässig beschränktem Grade gefunden haben. Vergleichen wir mit der Behandlung, welche ihnen in der psychiatrischen Literatur zu Theil geworden ist, diejenige, welche die übrigen Erscheinungen bei der Geisteskrankheit erfahren haben, so ergiebt sich ein sehr bedeutendes Missverhältniss.

Gegenüber dem Maasse von Aufmerksamkeit, welches, selbst-

[1]) Zum Theil vorgetr. in der Sitzung des psychiatr. Vereins der Rheinpr. den 8. Nov. 1883.

[2]) Nur beiläufig sollen einzelne dahin gehörende Erscheinungen erwähnt werden.

Digitized by Google

verständlich und mit Recht, den Störungen der Vorstellungsthätigkeit, den Stimmungsanomalien, den abnormen Sensationen, überhaupt den Störungen des Gemüths- und Gefühlslebens, den Hallucinationen, entgegengebracht wurde, ist das motorische Verhalten in den Zuständen einfacher Seelenstörung unzweifelhaft zu kurz gekommen. Nur gewisse Classen von Erscheinungen auf dem psychomotorischen Gebiete, manche Störungen des Trieblebens, Zwangshandlungen, theilweise die als Monomanien beschriebenen pathologischen Handlungen haben genauere Beachtung gefunden, die motorische Seite sensu strictiore ist aber auch bei ihnen im Allgemeinen nicht näher in's Auge gefasst worden.

Griesinger sagt, dass zur Beurtheilung des psychischen Zustandes eines Menschen seine Handlungen zum mindesten ebensoviel werth seien als seine Worte.

Einzelne Beobachter haben den in Rede stehenden Erscheinungen ein eingehenderes Interesse zugewandt, so *Domrich, Dagonet, Maudsley, Samt* u. a. Vielfach aber ist das erwähnte Gebiet auch in solchen Beziehungen verhältnissmässig wenig beachtet worden, in welchen, unserer Auffassung nach, auf ihm die Zugänge zu fruchtbarer Einsicht in manche psychopathologische Vorgänge liegen.

An sich ist es verständlich, dass, insofern die motorischen Erscheinungen in's Auge gefasst werden, zunächst die unzweifelhaft der Willkür entzogenen, der exacten Beobachtung wenigstens leichter zugänglichen die Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen. Es ist auch versucht worden, einen Theil derjenigen, mit welchen wir uns hier beschäftigen wollen, direct zu fassen und ihre Veränderungen in messbarer Weise festzustellen, indem man die Musculatur der an einfacher Seelenstörung leidenden auf Veränderung ihrer elektrischen Erregbarkeit prüfte. Besonders *Benedikt* und *Tigges* haben solche Untersuchungen angestellt. Wenn dabei bisher wenig sichere Resultate herausgekommen sind, so dürfen wir auf Erzielung solcher mit verbesserten Untersuchungsmethoden mit einiger Zuversicht hoffen.

Die Schwierigkeit, welche der Beobachtung der zu besprechenden Anomalien im Wege steht, ist dieselbe, die uns in der Psychiatrie allenthalben begegnet: der incommensurable Factor des Bewusstseins schiebt sich ein.

Digitized by Google

Es giebt indessen eine Reihe von Anomalien des motorischen Verhaltens beim einfachen Irresein, welche, wie wir glauben, ein gewisses Interesse an sich beanspruchen, ohne Rücksicht auf die ihnen möglicher Weise zu Grunde liegenden bewussten Vorgänge. Es soll eine Anzahl von Beobachtungen vorgeführt werden, bei welchen die Veranlassung durch bewusste Vorgänge mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit nicht erkennbar ist. Wir fassen die pathologisch modificirten Bewegungen und Handlungen als solche in's Auge. Die hinsichtlich einer Reihe derselben hervortretende relative Selbständigkeit des motorischen Verhaltens ist, wie wir glauben, eingehender Beachtung werth.

Dass die Gewinnung thunlich zahlreicher objectiver Kennzeichen des Irreseins erwünscht wäre, wird Niemand bestreiten. Grossentheils sind es subjectiv bedingte Aesserungsweisen der krankhaften Vorgänge, auf welche wir bei den Geistesstörungen angewiesen sind.

Im Verfolge der Untersuchung ergiebt sich, wie wir glauben, die Möglichkeit, ausgehend von dem Verhältnisse zwischen Bewusstsein und motorischem Verhalten einige das pathogenetische Verständniss einer Reihe von Psychosen erleichternde Gesichtspunkte zu gewinnen. —

Störungen der Stimme. Veränderung der Innervation der Stimme ist beim einfachen Irresein sehr häufig.

Bei Melancholischen fällt nicht selten ein gewisser Rhythmus auf, manchmal ein eigentlich singender Ton. Dies ist besonders bei schweren Angstzuständen der Fall. Es kommt dann mitunter zu einem Sprechen, welches wie ein Recitativ klingt.

Eine Kranke, Emma T., angstvoll melancholisch, die ein Gefühl ihrer Störung hatte, indem sie sagte, sie sei ganz verkehrt, sei ganz im Schlaf, sang in solcher Weise: „Helfen Sie mir, dass ich nach Hause komme. O ich bitte, ich bitte," dies öfter in derselben recitativischen Weise wiederholend. Zu anderer Zeit liess sie ein singendes Summen ohne Worte hören. Später trat Schreien, manchmal ein gellendes Schreien, an die Stelle des Singens. Dieselbe Kranke bot in der angstvollen Erregung, welche sich zu dem Grade steigerte, dass sie eine Fensterscheibe zerschlug, aggressiv gegen ihre Umgebung wurde, eigenthümliche Erscheinungen von Seiten der Respiration. Diese wurde in der Erregung forcirt, wie es bei Angstzuständen eine häufige Erscheinung ist. Aber ferner erfolgten Inspiration und Exspiration hörbar, und die Töne klangen rhythmisch. Die Erscheinungen folgten sich manch-

Digitized by Google

mal. P. liess ein singendes Summen hören, dann ein singendes: o Vater! o Mutter! dann forcirte Respirationen ohne Worte.

Ehe die Aufregung den hohen Grad erreicht hatte, waren, während sie stumm blieb, mancherlei Bewegungen mit dem Munde zu bemerken; sie spitzt ihn, zieht die Mundwinkel zurück. Dies blieb auch später und trat noch häufig ein, als grössere Beruhigung sich eingestellt hatte.

Eine andere Kranke, Marianne L., zeigte ähnliche Erscheinungen. Bei der Aufnahme bot sie das Bild tiefer Depression. In hohem Grade elend und abgemagert, sass sie gebückt, liess die weissbelegte Zunge aus dem Munde hängen, speichelte und liess theils summende, rhythmische Töne, theils wirkliches, halblautes Singen vernehmen. Es war tiefes Angstgefühl vorhanden, was später deutlicher hervortrat. Während wochen- und monatelang kaum ein gesprochenes Wort von ihr vernommen wurde, höchstens ein angstvolles „Gift!“ oder eine andere mit der Verminderung, dann völligen Verweigerung der Nahrung zusammenhängende Aeusserung, liess sie Singen, auch von Melodien, nicht selten hören. Ja, als Nahrungsverweigerung und bedrohlicher Schwund der Kräfte Fütterung mit der Sonde erforderlich machten, summte sie Melodien, während jene durch die Nase eingeführt war. Der Ausdruck verzehrender Angst war dabei unverkennbar.

Von mehreren weiblichen Kranken habe ich beträchtliches Tieferwerden der Stimme zur Zeit stärkerer Erregung notirt.

In einem dieser Fälle entstand bei Personen, welche diese aus einiger Entfernung hörten, die Meinung, die Stimme gehöre einem Manne an.

Es handelte sich um eine wiederholt erkrankte, mit Schiefheit des Schädels mässigen Grades behaftete, 31 J. alte Patientin, Auguste K., welche an Hallucinationen, Verwirrung und Anfällen heftiger Erregung litt. Die Kranke genas vollständig, ihre Stimme zeigte dann nichts Auffälliges mehr.

Die zweite, L. v. W., an Paranoia hohen Grades und beträchtlicher psychischer Schwäche leidend, gerieth in Folge von Hallucinationen und abnormen Sensationen nicht selten in wildes Toben und Schreien, wobei ebenfalls die Stimme einen tiefen Klang annahm. P. gab einmal an, ihre Aufregung sei ihr selbst befremdend, sie spreche manchmal „zu laut“. Die Kranke sprach, ausser der Zeit der Aufregung, mit gewöhnlicher, ziemlich hoher Stimme.

Eine dritte, Anna I., hatte gleichfalls, solange sie sich in maniakalischer Erregung befand, eine auffallend tiefe, kräftige Stimme, die wie eine männliche klang. Die Kranke bezeichnete dies als Heiserkeit, solche war aber keineswegs vorhanden. Als Ruhe eingetreten war, verlor die Stimme beträchtlich an Tiefe.

Digitized by Google

Weiter kam eine Kranke, Frau L., zu meiner Beobachtung, die an Melancholie litt mit wechselnden Exacerbationen und Remissionen des Zustandes. Wenn die Steigerung vorhanden ist, die Kranke ihre angstvollen Gedanken und quälenden Selbstvorwürfe mit schmerzlichem Drange äussert, spricht sie mit tiefer Stimme, die bei der kleinen, schmächtigen zarten Frau höchst auffallend klingt und in den ruhigeren Zeiten einer Stimme von gewöhnlicher Höhe Platz macht.

Von sonstigen Veränderungen der Stimme sei der nasale Ton derselben bei einer erotisch erregten, an Hallucinationen leidenden Paranoischen, Johanna S., in Zeiten stärkerer Erregung erwähnt.

Bei Erregung und zwar solcher verschiedener Art, bei gedrückter, gehobener, gereizter Stimmung fällt oft, neben dem Lauterwerden der Stimme ein gewisser unangenehmer, kreischender oder gellender Beiklang derselben auf, auf welchen ich nicht näher eingehe, weil er schwer zu präcisiren ist. Er ist indessen nicht selten in frappanter Weise vorhanden und zeigt oft, auch ohne dass die Stimme erheblich lauter wird oder der Inhalt der Rede dies deutlich kundgiebt, gesteigerte Erregung an.

Die Bemerkung *Griesinger*'s, die Kraft und Intonation der Stimme entspreche im Allgemeinen der herrschenden Störung[1]) ist nach den vorstehenden Beobachtungen immerhin zu modificiren.

Maudsley erwähnt bei einem Falle als sehr auffallend den metallischen Klang der eigenthümlich veränderten Stimme; er bemerkt dazu, dass dies eine Erscheinung sei, die man auch in andern Fällen nicht selten beobachte. „Diese maniakalische Veränderung des Tons der Stimme, die von Leuten, die nicht daran gewöhnt sind, oft sehr unangenehm empfunden wird, weist ebenso sicher als das gestörte Denken, das verkehrte Fühlen und das tobsüchtige Benehmen auf eine tiefe, allgemeine Zerrüttung des Nervensystems hin[2])." —

Störungen der Sprache kommen in vielen Fällen einfacher Seelenstörung zur Beobachtung.

---

[1]) Die Path. u. Ther. der psych. Krankh. 2. Aufl. Stuttg. 1861. S. 107.

[2]) Die Phys. u. Pathol. der Seele. Deutsch von *Böhm*. Würzb. 1870. 8. 361.

Digitized by Google

Der Quantität nach unterscheiden wir alle möglichen Stufen von der Stummheit bis zur Logorrhoe.

Stummheit, zeitweilig oder anhaltend Wochen, Monate, Jahre, ist nicht selten. Die anzunehmenden Ursachen sind verschieden. Oft sind es Wahnideen und Hallucinationen. Es giebt aber Fälle genug, in welchen kein Grund vorliegt solche zu supponiren. Es kann sich dann um einen hemmenden Reiz in den Sprachcentren handeln. Der Vorgang würde ein ähnlicher sein wie im physiologischen Leben das Verstummen bei Leidenschaft oder Schreck. Es könnte sich bei den betreffenden Irreseinszuständen um eine chronische, der eben erwähnten acuten entsprechende Einwirkung handeln.

Bewusste Vorgänge werden weiterhin dieser Form der Stummheit um so weniger zu Grunde liegen, als dauerndes Nichtsprechen wohl nicht ohne Einfluss auf die Denkthätigkeit bleibt.

Die bei Aufregungszuständen häufige Logorrhoe macht, sowie sie einen höheren Grad erreicht, meist den unabweisbaren Eindruck, nicht bewusst innervirt zu sein. Bei profusem maniakalischem Rededrang, bei Echolalie, bei welcher die gehörten Worte, auch fremdsprachige, dem Kranken unverständliche, maschinenmässig nachgeplappert werden, dürfte Betheiligung des Bewusstseins als ausgeschlossen oder als nur zeitweilig eingreifend zu betrachten sein. Das Sprechen erscheint in Zuständen stärkerer Aufregung nicht selten in hohem Grade zwangmässig. Es macht häufig einen frappant automatischen Eindruck. Unaufhaltsam strömen, sich überstürzend die Worte, Sätze, zusammenhanglose Aeusserungen, einzelne Sylben. Assonanzen, Alliterationen, Reime werden herausgesprudelt, es werden Reihen gebildet, fremd klingende Worte und Sylben kommen, abrupte Laute, Interjectionen; forcirte Bewegungen der betreffenden Muskeln sind damit verbunden, oft auch anderweitige, zum Sprechen nicht erforderliche Bewegungen der Mund- und anderer Gesichtsmuskeln. Die Lippen werden herüber- und hinübergezogen, gespitzt, die Kranken pfeifen, singen, lassen Vogelstimmen, andere Thierlaute vernehmen, dann kommt unarticulirtes Schreien und Kreischen.

Es gewinnt häufig den Anschein, als ob das Bewusstsein der Kranken in anderer Richtung in Anspruch genommen sei, als die Rede kundgiebt. Auf derartige Erscheinungen: heiteres Reden

Digitized by Google

bei deprimirter Stimmung und ähnliches werden wir zurückkommen.

Besonders dann, wenn die Rede des Kranken mit blitzähnlicher Unmittelbarkeit an Sinneseindrücke anknüpft, erscheint oft der Weg vom Sinnescentrum zum motorischen Centrum der Sprache, ohne dasjenige des Bewusstseins zu passiren, schon um der Raschheit des Vorganges willen als der wahrscheinlichere.

Die qualitativen Veränderungen der Sprache beim einfachen Irresein sind sehr mannigfaltig.

Den in der Literatur (s. u.) mitgetheilten Beispielen eigenthümlicher Anwendung gebräuchlicher oder der Bildung neuer Worte bei Geisteskranken füge ich folgende hinzu.

Helene S., an secundärem Schwachsinn mit Gehörshallucinationen und abnormen Gefühlen leidend, sagte mit Bezug auf diese: sie habe „schwindende Körpergefühle". Die Mama mache diese. Sie habe „Abwurfgefühle" an verschiedenen Stellen des Körpers. Sei in E. bei einer Dame gewesen, die sie „abgeworfen" habe. Die Mama habe ihr „Johanniterhaft abgeworfen".

Eine Kranke, die auch andere auffallende, motorische Erscheinungen bot, klagte längere Zeit über den Magen. Sie hatte guten Appetit, keine Uebelkeit, sagte aber, sie habe den „kalten Tod" im Magen. Von diesem unterschied sie den „Leichentod", welcher nur zeitweilig vorhanden war. Ein anderer Arzt habe ihr den Tod und das Stechen einmal „abgetrichtert". (Sonde oder Magenpumpe war nie bei ihr angewandt.) Dieselbe Kranke sagte, sie sei gequält in ganz Europa, Afrika, Asien, Amerika, Australien und dann in „Enneonezeit". Das sei ein Wort und heisse zahllose Zeit.

Etwas eingehender sei eine eigenthümliche Art von temporärem Versagen der Sprache oder temporärer Einschiebung ungewöhnlich gebrauchter oder neugebildeter Worte erwähnt. Die Erscheinung reiht sich an die oben erwähnte des Verstummens bei Schreck und lebhaftem Affecte auch im physiologischen Leben. Ich möchte sie emotive Sprachstörung nennen.

Die Erscheinung, welche dargelegt werden soll, ist beim einfachen Irresein nicht selten. Die Kranken drücken sich für gewöhnlich flüssig aus, und ohne dass von Seiten der motorischen oder der psychischen Sprachthätigkeit eine Störung sich bemerklich macht. Es tritt Erregung ein, und die Sprache versagt, oder es werden Worte ungewöhnlich gebraucht oder neue gebildet. Es geschieht in solchen Fällen nicht selten, dass die Kranken grosse Anstrengungen mit den Muskeln des Mundes, des Gesichtes, ge-

Digitized by Google

zwungen erscheinende Bewegungen des ganzen Körpers machen, ehe sie zum Sprechen gelangen, was ihnen dann gelingt, oder womit sie nicht zustande kommen.

Frau Ad. W. — seniler Schwachsinn mit depressivem Affect und lebhaftem Angstgefühle — litt an einem Karbunkel am Rücken. Während die durch diesen veranlassten Manipulationen geschahen, auch, wenn nicht geschnitten sondern nur der Verband erneuert wurde, befand sich die Kranke in heftiger Angst und gab dieser zunächst in allerlei Bitten Ausdruck, die sie in ununterbrochenem Redeflusse, dieselben Sätze häufig wiederholend, in jammerndem Tone rapide sagte und schrie: „Haben Sie gütevolles Erbarmen." „Lassen Sie mich Frieden und etwas Erwärmung finden." „Ich bin kalt, ich bin ganz kalt." „Machen Sie mir nichts so Schreckliches zurecht."

Dann aber kamen eigenthümlich angewendete, weiterhin veränderte, auch neugebildete Worte. Die mitzutheilenden wurden immer bei der oben erwähnten Gelegenheit geäussert.

„Ueben Sie gnädenvolle Barmherzigkeit." „Brennen und sengen und schmeissen." „Sie wollen mich zerschnirren." „Sie wollen mich ergürgeln." „Bächen Sie nicht."

Sie sagte nachher von selbst, sie habe „gnädenvolle" gesagt und habe „gnadenvolle" sagen wollen. Ueber eines der eigenthümlichen Worte — „bächen" — befragt, sagte sie, in der Angst komme es ihr so.

In dem folgenden Falle kommt die erwähnte Sprachstörung besonders deutlich zur Erscheinung.

Anna v. S., 45 J. alt, hereditär nicht belastet. Als Kind erlitt sie einen Fall auf den Kopf.

Bis zum 27. Jahre wurde nichts Auffallendes bemerkt, da wurde sie, angeblich in Folge unglücklicher Liebe, melancholisch und verbrachte nun Jahre in Anstalten religiösen Charakters und in Asylen für Irre. Von *Scanzoni* untersucht, der Stärkung der Nerven und eine Privatanstalt in der Provinz Sachsen empfahl, kam sie April 1872 in diese, den 16. August 1873 nach Johannisberg. Vom Juni 1881 an wurde sie vom Verf. beobachtet. Der Zustand hatte sich zu einem solchen beträchtlichen Schwachsinnes mit häufig auftretender schmerzlicher Erregung gestaltet.

Hervortretend waren mannigfache motorische Erscheinungen. Seit längerer Zeit sind diese durch überwiegendes Verweilen der P. im Bett modificirt. Vorher hatten sie sich folgendermaassen dargestellt. Die abgemagerte Kranke, deren Haar ergraut, beinahe weiss war, sass beinahe nie. Mit unbehaglichem Gesichtsausdrucke stand sie gewöhnlich an eine Wand gelehnt, die Arme über der Brust gekreuzt, das Kleid offen, die Hände auf die mammae gelegt. Oft stand sie auf einem Beine. Für ihren Weg wählte sie nie die nächste Entfernung. Sie wanderte die Wand entlang, über die

Digitized by Google

etwa daselbst befindlichen Bänke, unter allerlei Bewegungen des Körpers. Manchmal gab sie die Hand nicht, sondern stiess auf die dargebotene Hand mit dem Ellenbogen herab.

Ihr ganzes Verhalten machte den Eindruck des Unbehagens: der Ausdruck des Gesichtes, die drehenden, beugenden Bewegungen, bei welchen sie, die sonst der Grazie nicht entbehrte, gehend den Oberkörper in unschöner Weise hin- und herwiegte.

Dem Bewegungsdrange genügte sie auf mancherlei Weise; so stellte sie den Sopha auf die Commode. Besonders aber entspricht sie ihm durch Werfen. Sie wirft seit Jahren, was nicht niet- und nagelfest ist, Tassen, Kleidungsstücke, Speisen, Kissen, Schuhe, Katzen, dahin, dorthin, über die Mauer, durch das Fenster. Die Werfmanie war nicht zu allen Zeiten gleichmässig, die Neigung ihr zu folgen aber stets vorhanden. Auch seit sie zu Bette liegt, genügt sie ihr, soviel sie kann.

In der Erregung wurde auch bei dieser Kranken die Stimme tiefer.

Die Kranke spricht zeitweise ziemlich flüssig. Trotz des Schwachsinnes machte sie nicht selten keineswegs sinnlose, selbst treffende und eines gewissen Humors nicht entbehrende Aeusserungen. So, als sie gefragt wurde, ob einer ihr näher bekannten, in einer anderen Abtheilung der Anstalt befindlichen Dame von sehr bedeutender Corpulenz ein Gruss von ihr bestellt werden solle: „nein, jene gehöre zu den 7 fetten und sie zu den 7 mageren Kühen".

Indessen trat gewöhnlich bald Hemmung im Sprechen ein, während die Articulation vollständig ungestört war.

Manchmal kommt sie nicht recht zum Aussprechen, schnappt, wie wenn sie nach Luft suchte, klagt wohl auch über Athemnoth, obgleich diese nicht weiter bemerkbar ist. Sie verzieht oft das Gesicht, macht oft Vorversuche, ehe sie zum Sprechen kommt. Oft streckt sie die Zunge heraus, unter Verziehen des Gesichtes.

Manchmal bleiben Worte aus, oder es schieben sich auffallende Worte ein, die den Eindruck des Ungewollten machen.

Häufig giebt die Kranke nihilistischen Gefühlen Ausdruck. Trotz der langen Dauer der Störung und des hohen Grades von Schwachsinn ist das Gefühl des psychischen Schmerzes ein lebhaftes. Vom Gefühle der Insufficienz und Hemmung erscheinen häufig ihre Aeusserungen eingegeben.

So erklärte sie, „sie sei unberechenbar". Sie klagte bezeichnend genug, „der Zusammenhang gehe ihr aus, sie fühle eine Leere, es gehe ihr alles aus". Ein offenbar so nicht gewolltes Wort fügte sie hinzu: „es sei auf nichts abgesehen". Den stärksten Ausdruck fand das Hemmungsgefühl, als sie sagte, „sie sei verstorben" und: „sie sei gar nichts, sie sei klagbar auf die Zeit," „sie sei gar niemand," „das ganze Dasein und Wesen sei wesenlos".

Ein psychischer Anhaltspunkt ist immer noch aufzufinden in dem Satze: „ihr Wille sei ihr oft alles gewesen, und der Widerspruch liege ihr immer

Digitized by Google

auf der Hand". Er fehlt dagegen in folgender, für die Sprechweise der Kranken charakteristischer Aeusserung, „die Ursache der Krankheit sei die ärmste Christenheit auf eigenem Fusse gewesen". An demselben Tage aber antwortet sie auf die Bemerkung des Arztes, sie habe unbehagliche Gefühle, „o ja, sie wisse, was Fegefeuer sei".

Die folgenden Aeusserungen bieten desgleichen ungewöhnliche Anwendung oder Neubildung von Worten, mehr oder weniger aus emotiver Veranlassung. Der Ausdruck schmerzlicher oder unbehaglicher Bewegung ist ein bei der Kranken überwiegend hervortretender. Eine Anknüpfung an zu supponirende bewusste Vorgänge kann zum Theil aufgefunden werden, zum Theil nicht. Bei vielen der eigenthümlichen Worte und Wendungen hat man den, wie ich glaube, zwingenden Eindruck, dass sie wie bei amnestischer Aphasie ungewollt sich einschieben.

„Die Thüre sei nicht auf, da sei sie eine Interpunction."

„Sie führe schon lange ein Handlangerleben."

„Sie verunglücke alle fingerlang auf die unerheblichste Weise."

„Es gehe halbwegs, halb mit und halb ohne."

„Sie sei zu rar, aber zurechnungsfähig sei sie."

Von der Stellung der Möbel im Zimmer sprechend, sagt sie: „Wenn es ihr selbst abgehe, dann sei ihr der Platz so secundär."

„Sie sei wesenlos, ein Faden knüpfe sich bei ihr blos innerlich an."

Als sie keine Strümpfe anhat: „sie seien ihr wie Kreide, sie sei überhaupt wie Kreide".

„Sie sei ein begrifflicher Mensch, stehe nur auf Begriffen."

„Sie sei ein alter, ehrwürdiger Herr, sei ein rechter Herr immer gewesen und nie etwas anderes als ein rechter Herr."

„Sie sei wesenlos, und da sei ein Beweggrund Alles. Sie sei klärlich."

„Wenn das Fräulein (eine andere Kranke) spreche, sei es mehr Sprechweise, wenn sie (P.) spreche, sei es nur Mundart. Sie sei eine vergängliche Waare."

„Die Glieder fallen mir so durch ä! ä! ein."

„Sei immer unter und über, sei aber nicht an und für sich."

Bei einer Weihnachtsfeier gerieth P., wohl wesentlich in Folge des festlichen Vorganges, in überaus heftige Erregung, bei welcher sie beständig schrie: „Ich bin ein Schnarr, ich bin ein Schnarr!"

Einmal sagte sie: „ich bin schädig," und fügte hinzu eine die emotive Sprachstörung in treffender Weise charakterisirende Aeusserung. Sie sagte: „das Wort fällt mir unter, der Ton fällt mir unter vom inneren Wort". Die Kranke hatte offenbar ein gewisses Bewusstsein davon, dass solche Worte ihr ungewollt kamen. Der Sprachmechanismus producirt sie, unabhängig vom Bewusstsein, seine Thätigkeit kommt dann aber zum Bewusstsein — secundär.

Es ist schon erwähnt, dass bei unserer Kranken häufig auch, anstatt der seither geschilderten Erscheinungen diejenige eintritt, dass die Rede stockt.

Digitized by Google

Unzählige Male wiederholt sie: „Luise C. sagt, dass Anna S." — — — Ebenso: „Die W. soll sehr traurig sein, dass Anna S." — — — Beide Male hört dann die Rede auf, während die Kranke nicht selten noch weitere Sprachbewegungen macht, aber ohne einen Ton hervorzubringen.

Die vorstehend mitgetheilten Beobachtungen würden anzureihen sein an die „interjectionelle oder Affectsprache" *Kussmaul's* [1]). Die emotionelle Erregung, so sagt *Kussmaul*, ist weit kräftiger als die nur durch Nachahmung erzeugte oder die das Denken begleitende. Es kann die Fähigkeit, Worte zum Zweck der Gedankenäusserung oder nur um ihrer selbst willen hervorzubringen, verloren gegangen sein, während die Affectsprache oder die Fähigkeit, interjectionelle Worte auszustossen, sehr oft noch fortbesteht.

K. citirt als den, welcher die Thatsache zuerst mit besonderem Nachdrucke hervorgehoben, *Hughlings Jackson* und als solche, von denen entsprechende Erfahrungen mitgetheilt wurden, *Broca*, *Trousseau*, *Gairdner*, *Broadbent*.

K. selbst erwähnt den Fall eines Mannes, der, in tiefem Coma befindlich, nicht sprach, aber, des Umbettens wegen, aus dem Bette genommen, einen langen Fluch ausstiess

Eine meiner Kranken, monatelang sprachlos, gelangte allmälig zu einem vereinzelten „ja", nichts weiter. Als sie ein ihr unangenehmes Mittel einnehmen sollte, wogegen sie sich sträubte, sagte sie zum Erstaunen der Pflegerin ein paar abwehrende Worte. —

Die Sprachstörungen bei Irren haben manche Analogien im gesunden Leben. Im Affecte stockt die Sprache [2]). Man würde auch unter physiologischen Verhältnissen fragen müssen, ob die Gedanken ausgehen oder die Worte. In pathologischen wie in unseren Fällen emotiver Sprachstörung geschieht wahrscheinlich beides, indessen deutet der Umstand, dass offenbar ungewollte Worte sich einschieben, auf ein vorwiegendes Betheiligtsein des motorischen Sprachcentrums.

Von manchen Autoren ist das relativ selbständige Fungiren des motorischen Sprachcentrums in Fällen einfachen Irreseins in's Auge gefasst worden.

[1]) Störungen der Sprache. Lpzg. 1877. 17. Cap.

[2]) Obstupuit steteruntque comae, vox faucibus haesit.

Digitized by Google

Jakobi[1]) nimmt in einer gewissen Zahl von Fällen (er nennt 7), indem er Motivirung anderer Art ausschliesst, durch zufällige, aus dem Organismus hervorgehende Eindrücke auf's Hirn veranlasste, gleichsam automatische Aeusserung der im Gedächtniss aufbewahrten Worte durch die Sprache an.'

Eine ähnliche Auffassung spricht der ältere *Nasse* aus. „Weil nicht anzunehmen ist, dass in der Albernheit und in der Narrheit das fortwährende Schwatzen der daran Leidenden von grosser Lebhaftigkeit der Gedanken oder auch von ungewöhnlich reger Muskelthätigkeit herrühre, so muss der Grund davon entweder in der Zuleitung zu den der willkürlichen Bewegung vorstehenden Gehirntheilen oder in diesen liegen. Das Letzte ist das Wahrscheinlichere, weil sich die aufgeregte Thätigkeit in jenen Zuständen allein auf die dem Sprechen dienenden Nerven beschränkt[2])."

Snell äussert die Ansicht, dass die Sprache und Ausdrucksweise Wahnsinniger in der Mehrzahl der Fälle mehr oder weniger verändert sei. Er führt ungewöhnliche Wortstellung, eigenthümlichen Gebrauch von Worten, neugebildete Worte an. In Bezug auf diese bemerkt er: „Es scheint das krankhaft gereizte Organ bei Geisteskranken mit einer gewissen Selbständigkeit und Willkür hiebei zu verfahren[3])."

Auch *Krauss* erkennt, auf die angeführte Stelle von *Jakobi* sich beziehend, den in einzelnen Fällen automatischen Charakter der Sprache an[4]).

Blandet führt folgende Sätze aus: 1. Le délire est souvent l'effet d'une simple contraction musculaire, à laquelle l'intelligence est étrangère. 2. Ces lésions, en quelque sorte physiques, coïncident avec une lésion physique dans la substance cérébrale. 3. Les délires de l'intelligence même sont en dehors des lésions organiques du cerveau[5]).

---

[1]) Die Hauptformen der Seelenstörungen. Lpzg. 1844. S. 509.

[2]) Die krankh. Verbind. der Gedanken mit den willk. Beweg. vermittelst des Gehirns. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 8.

[3]) Ueber die veränderte Sprechweise und die Bildung neuer Worte und Ausdrücke im Wahnsinn. Ibid. Bd. 9.

[4]) Der Sinn im Wahnsinn. Diese Ztschr. Bd. 16. S. 238.

[5]) Du délire phonétique ou le délire considéré comme un effet physique dû aux convulsions des muscles phonétiques. Gaz. méd. 1844. Ref.

Digitized by Google

Auch *Martini*[1]) und *Brosius*[2]) beschäftigen sich mit der Sprache der Irren. —

Impulsive Bewegungen und Handlungen. — Es giebt bei Irren Bewegungen und Handlungen, welche, bei vorhandenem Bewusstsein erfolgend, sich an diejenigen bei aufgehobenem anreihen, an die eigentlich zwangsmässigen, convulsivischen. Wir werden solche Bewegungen und Handlungen betrachten müssen als eine Zwischenstellung einnehmend zwischen den convulsivischen bei aufgehobenem Bewusstsein und den bewussten. Immerhin würde bei den motorischen Erscheinungen, die wir hier im Auge haben, anzunehmen sein, dass sie der allgemeinen Bewusstseinslage entsprechen.

Das Anklammern der angstvoll Melancholischen gehört in dieses Gebiet. Solche Kranke umkrallen die Bettdecke, so dass es Mühe kostet sie aus den Fingern zu lösen. Sie greifen nach allem, was in ihre Nähe kommt, nach der den Puls fühlenden Hand, nach dem Rocke, der Uhrkette, die oft genug unter dem raschen Griffe zerreisst. Die Bewegungen geschehen blitzähnlich. Es ist ein blindes Zufahren. Ueberlegung, bewusste Absicht scheinen in solchen Fällen ausgeschlossen. Eine Analogie zu dem bei ihnen hervortretenden sinnlosen Bewegungsdrange ist im physiologischen Seelenleben nicht vorhanden. Es würden nur Erscheinungen von Affect sehr hohen Grades heranzuziehen sein, wo aber eben die Zugehörigkeit zum physiologischen Gebiete schon eine sehr fragliche sein würde.

Besonders Handlungen wie die folgende sind der erwähnten Kategorie zuzuzählen.

Einer Melancholischen, beherrscht von schwerem, depressivem Affecte und intensivem Selbstmorddrange, mit Nahrungsverweigerung, Widerstreben gegen jede Annäherung, gelingt es in der Nacht, ihr

---

in Annal. méd. psychol. Jan. 1845. Blandet hat wesentlich Sprachstörung nach Apoplexie im Auge. Dessenungeachtet glauben wir die beachtenswerthe Auffassung auch mit Bezug auf die uns hier beschäftigenden functionellen Störungen erwähnen zu sollen.

[1]) Veränderung der Ausdrucksweise bei Irren. Diese Ztschr. Bd. 13.

[2]) Ueber die Sprache der Irren. Ibid. Bd. 14. Vgl. auch einen von *Jessen* aus *Moritz*, Magazin für Seelenkunde mitgetheilten Fall. Ibid. Bd. 22. S. 421 ff.

Digitized by Google

Bett und ihr Zimmer zu verlassen; man fand sie auf dem Laufteppiche auf dem Corridor liegend, das Gesicht darauf, ihn packend mit, bei einem Selbstbeschädigungsversuche verletzten, blutigen Händen und suchend ihn mit den Zähnen zu fassen.

Solche Handlungen kommen augenscheinlich solchen krampfhafter Natur bei aufgehobenem Bewusstsein nahe. Im vorliegenden Falle war dieses nur insoweit gestört wie überhaupt in schweren Fällen von Melancholie. Ein epileptoides Moment war ausgeschlossen.

Solche Bewegungen und Handlungen entsprechen besonders der im Eingange dieses Abschnittes gegebenen Charakteristik. Sie könnten als krampfähnliche (spasmoide) Bewegungen und Handlungen abgegrenzt werden.

Impulsive Bewegungen sind die meisten in den als Manie und Tobsucht bezeichneten Aufregungszuständen. In den leichteren Graden lassen sich bewusste Motive vielfach erkennen, sowie es sich um schwere Zustände handelt, reisst der psychische Faden ab. Der Bewegungsdrang als solcher macht sich geltend. Im Greifen, Schlagen, Zerreissen, Laufen, Schreien, Singen und besonders auch im Reden ist wohl das Arbeiten eines in gesteigerte Thätigkeit versetzten Mechanismus, aber nicht das Walten bewusster Intentionen erkennbar.

Eine maniakalische Kranke, Emilie N:, pfeift, singt, ahmt Thierlaute nach, sie klatscht stundenlang in die Hände oder an die Bettwand, sie schnellt sich in die Höhe und lässt sich zurückfallen. Sie springt, tanzt, reisst die Pflegerinnen umher, wirft die Bettstücke weg, zerreist, zerbricht Gegenstände, wirft umher, wessen sie von Möbeln und Anderm habhaft werden kann. Das Reden ist ein anhaltendes, profuses, für den motorischen Drang bewusste Motive in keiner Weise bietendes. Die Veranlassung der Störung, wenigstens die Gelegenheitsursache des Ausbruches war eine deprimirende Liebesangelegenheit gewesen. Diese wurde in abgerissener Weise vorgebracht, Reminiscenzen an Ereignisse und Personen in der Heimath und mit Bezug auf frühere Reisen mischten sich in zusammenhangloser und verwirrter Weise ein. Die Kranke verkannte Personen, zeigte die häufige maniakalische Eigenthümlichkeit der geschärften Sinnesthätigkeit und der in die profuse Rede eingeflochtenen flüchtigen abgerissenen Beziehungen auf die Sinneseindrücke. Bei solchem Bewusstseinszustande und solchen Aeusserungen dauerte der geschilderte Bewegungsdrang mehrere Monate lang an.

Aehnlich verhält es sich in vielen Fällen maniakalischer Aufregung. Der motorische Drang äussert sich ungehemmt, anhaltend,

Digitized by Google

in verschiedenen Richtungen. In den Reden der Kranken sucht man vergebens nach psychischen Motiven für denselben.

Anders stellt sich die bewusst innervirte motorische Thätigkeit bei Irren dar. Wenn ein Maniakalischer in erträumtem Glücke schwelgt, dann ist es psychisch verständlich, wenn er singt und jubilirt, tanzt und springt. Wenn ein Paralytiker sich für einen Cardinal hält, so verstehen wir, dass er feierlich redet und soviel Würde, als er vermag, in sein Auftreten legt. Ebenso, wenn ein Hallucinant aggressiv wird gegen den Beschimpfer oder Verfolger, wenn ein Vater, weil Gottes Stimme ihm den Befehl zuruft, seine Kinder erschlägt.

Die psychologische Verständlichkeit dieser Fälle ist freilich eine nur sehr beschränkte, wir werden hierauf unten zurückkommen.

Den psychologisch bis zu einem gewissen Grade verständlichen Fällen stehen die psychologisch vollkommen unverständlichen gegenüber, wie wir vorstehend einen mitgetheilt haben. In diesen trägt der Bewegungsdrang einen anscheinend automatischen Charakter.

Zu den impulsiven, anscheinend automatischen Bewegungen und Handlungen sind viele der auffallenden motorischen Erscheinungen zu rechnen, welche bei chronischen psychischen Schwächezuständen häufig beobachtet werden. Jede grössere Anstalt hat eine Reihe solcher Originale aufzuweisen, die durch ihr eigenthümliches Gebahren allbekannt sind. Man wird nahezu sagen dürfen, dass jeder in secundäre Paranoia und Dementia eingetretene Irre seine motorische Eigenart habe. Vielleicht könnte man dies von allen Geisteskranken sagen.

Eine Kranke, Jakobine M., erging sich in beständigen Verbeugungen, nicht nur, wenn Jemand sich in der Nähe befand, sondern auch, und gerade, wenn sie sich vollständig unbeobachtet glauben musste. Möglich ist es, dass Wahnvorstellungen oder Hallucinationen zu Grunde lagen. Die Kranke sprach sich nicht darüber aus, und die Wahnvorstellungen, welche sie äusserte, bewegten sich in einer Richtung, dass die sonderbaren Bewegungen dadurch in keiner Weise erklärt wurden.

Die schwachsinnige Kranke, Helene M., verbringt seit Jahren ihre Zeit meistens in folgender Stellung und mit folgenden Bewegungen. Sie sitzt auf einem Stuhle. Der rechte Arm ist mit erhobenem Ellenbogen über die Stirn gelegt, die Finger der rechten Hand liegen am Unterkiefer und

Digitized by Google

Halse, Daumen und Zeigefinger gekrümmt, die Finger ausgespreizt, Mittelfinger und Ringfinger der linken Hand liegen auf dem rechten Auge. Häufig macht die Kranke Bewegungen mit den Fingern, z. B. lässt sie die Finger auf dem rechten Auge spielen. Die Beine sind hinaufgezogen.

Emma B., an hysterischer Aphonie leidend, bei welcher die psychische Schwäche seit Jahren einen hohen Grad erreicht hat, zeigt gleichfalls ein eigenthümliches motorisches Verhalten. Man sieht sie stehen, eifrig gesticuliren, mit den Armen allerlei Bewegungen machen, wie wenn sie lebhaft etwas vortrüge. Sie spricht dabei nicht. Das Gesicht wird dann geröthet.

Amalie D., mehrjährige Anstaltsbewohnerin, giebt durch ihr kindisch-ängstliches, albern pedantisches und zugleich geziertes Verhalten den andern Kranken oft Veranlassung zur Heiterkeit. In ihrem motorischen Gebahren ist sie beinahe stets auffallend: Haltung etwas gebückt, den Kopf vorgestreckt, legt P. oft die Hände auf die Brust oder hält sie vor und reibt sie, bewegt sich beim Sprechen, sich beugend, vorwärts; Züge dann oft gespannt, Augenbrauen in die Höhe gezogen. Wenn sie sich unbeobachtet glaubt, tritt sie, ohne zu sprechen, vor und zurück. Sie will nach irgend einem Gegenstande greifen und fährt zurück. Sie macht Vorbewegungen darnach hin, weicht zurück, führt die Bewegung dann hastig aus, so beim Thüröffnen, beim Telleraufnehmen. Sie springt wiederholt ins Bett und wieder heraus. Für einzelne ihrer auffallenden Handlungen gab sie als Grund Hallucinationen an, für die meisten nicht. —

Auf das „übermässig Triebartige", dessen Herrschaft die Kranken unterliegen, hat schon ***Jakobi*** aufmerksam gemacht [1]). Auf diese Darstellung *Jakobi*'s weisen viele andere Schriftsteller hin, so ***Griesinger*** [2]), ***Maudsley*** [3]), ***Emminghaus*** [4]). An anderer Stelle [5]) sagt ***Jakobi***, die heftigen Bewegungen der Tobsüchtigen trügen niemals den Charakter von Krampf und Unwillkürlichkeit.

Krauss gelangt in seinem oben schon angeführten Aufsatze dazu, der Tobsucht ein convulsionäres Gepräge zuzuschreiben. Im Anschluss an die eben erwähnte Bemerkung *Jakobi*'s erklärt er, die Bewegungen des Tobsüchtigen blieben immer pantomimisch und insofern willkürlich, als sie durch Vorstellungen bestimmt würden und somit nicht reflexmotorisch seien. Dann sagt er aber doch: um Parallelisirung der Tobsucht mit den Convulsionen handle

[1]) l. c. S. 481 ff.
[2]) l. c. S. 284 f.
[3]) l. c. S. 99.
[4]) Allgemeine Psychopathologie. Leipzig 1878. S. 219.
[5]) l. c. S. 443.

Digitized by Google

es sich. Ein tertium comparationis liege in der Gewaltsamkeit und ferner folgen die Wahnvorstellungen bei der Tobsucht in einer krampfhaften Hast auf einander und leiten daher auf ähnliche Nervenimpulse hin, wie wir sie bei klonischen Krämpfen anzunehmen genöthigt sind[1]). *v. Krafft-Ebing* bemerkt über die fraglichen Erscheinungen[2]): „Diese Bewegungsacte (sc. des Tobsüchtigen) haben den Anstrich gewollter, sie erscheinen als Handlungen, aber sie erweisen sich bei näherer Betrachtung als dem Willenseinfluss des Kranken entzogene Acte, kommen ohne Bewusstsein eines Zweckes, ja selbst ohne Bewusstsein überhaupt zu Stande, sie haben den Charakter automatischer, triebartiger, zwangsmässiger Bewegungen."

Schüle sagt: „Unter krankhaften Bedingungen treten auch motorische Phänomene auf, welche eine directe Reizung der psychomotorischen Centren wahrscheinlich machen (Bewegungen in der Tobsucht. Zwangsacte)[3])."

Mendel[4]) glaubt, dass in der Manie die motorischen Centren leichter und ausgiebiger mitwirken, dass sie durch verhältnissmässig kleinen Anstoss in starke Errregung versetzt werden, dass sie sich in einem Zustand gesteigerter Erregbarkeit befinden. Im Stadium des maniakalischen Furor zeigt sich aber auch ein, anscheinend aus directer Reizung der motorischen Centren hervorgehender Thätigkeitsdrang. Ohne bestimmte Vorstellungen, ohne bestimmten Zweck müssen die Kranken thätig sein, und da sie nicht aufbauen können, zerstören sie.

Nach *Meynert* beruht der Bewegungsdrang bei Manie auf Hallucinationen des Muskelsinnes.

Bewegungen und Handlungen, die, wenigstens theilweise zu den oben aufgeführten, für psychische Schwächezustände bezeichnenden gehören, sind in grösserer Zahl von *Arndt*[5]) aufgeführt.

Zu den impulsiven Bewegungen gehören die „psychischen Krämpfe" *Romberg*'s[6]), zuckende oder coordinirte krampfhafte Bewegungen in Folge der Vorstellung krampfhafter Bewegungen;

---

[1]) l. c. S. 237.

[2]) Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Stuttgart 1883. S. 98f.

[3]) Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig 1878. S. 27.

[4]) Art. „Manie" in *Eulenburg*'s Real Encyclop. Wien und Leipzig 1881.

[5]) Lehrb. der Psych. Wien und Lpzg. 1883. S. 189 und 195.

[6]) Lehrb. der Nervenkr. des Menschen. I. Bd. Berlin 1840. S. 652.

Digitized by Google

ferner solche beim Ansehen krampfhafter Zustände oder beim Anhören ihrer Schilderung. Die krampfhaften Bewegungen erfolgen dann ohne und selbst gegen die willkürliche Intention.

Dagonet sagt[1]): „Le phénomène de l'impulsion caractérise certainement l'état d'aliénation au même titre que l'idée fixe, l'hallucination, la dépression, l'exaltation de la sensibilité morale et tant d'autres symptômes, dont nous n'avons pas ici à faire l'énumération. Und weiterhin: L'aliéné s'abandonne instinctivement à ses mouvements déraisonnables sans qu'il lui soit possible de faire intervenir la réflexion et les autres facultés qui pourraient leur faire obstacle. — — — L'impulsion s'impose à l'esprit chez l'aliéné comme l'idée fixe, comme l'hallucination. Dann: Les impulsions violentes — — — peuvent être une conséquence logique et directe des idées maladives qui dominent l'esprit, elles naissent sous la dépendance d'hallucinations, mais on les rencontre aussi comme un symptôme détaché au milieu des autres signes qui caractérisent l'état d'aliénation." —

Paradoxe Bewegungen und Handlungen. Die impulsiven Bewegungen und Handlungen sind dadurch charakterisirt, dass sie den Eindruck des psychisch Unmotivirten, Automatischen machen, sie entsprechen aber in solchen Fällen, in welchen eine pathologische Stimmung oder ein pathologischer Affect vorliegt, im Allgemeinen der zu supponirenden Bewusstseinslage.

Es giebt aber eine gewisse Zahl von Fällen, in welchen das motorische Verhalten der anzunehmenden Bewusstseinslage nicht entspricht.

Hierher sind, wie wir glauben, nicht wenige Manien zu rechnen. In diesen Zuständen trägt das motorische Verhalten häufig überwiegend das Gepräge der ausgelassenen Lustigkeit, des Uebermuthes, während die Stimmung der Kranken keineswegs anhaltend eine entsprechende bleibt. Die Stimmung, wie sie sich im Reden der Kranken kundgiebt, wird leicht trübe oder gereizt, während immer wieder das heitere Gebahren hervortritt. Dieser Umschlag der Stimmung aus gehobenem heiterem Selbstgefühl in Depression oder zornigen Affect ist bei Manie sehr häufig, im Gegensatze zur

[1]) Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. Ann. méd. psych. Juli 1870.

Digitized by Google

Melancholie, wo Momente gehobenen Selbstgefühles, heiterer Stimmung sich in den meisten Fällen nie einschieben. Man ist auf Grund solcher Erfahrungen versucht in manchen Fällen von Manie zu fragen, ob dem sich darstellenden heiteren Gebahren die Bewusstseinslage des Kranken in der That entspreche.

Es giebt Fälle, bei welchen über den paradoxen Charakter des motorischen Verhaltens kein Zweifel bestehen kann, solche, wo bei schwermüthiger Stimmung und schwermüthigem Affecte die Kranken ein lustiges, maniakalisches Treiben zeigen:

Eine Kranke meiner Beobachtung, Frau L., bot das eben berührte Verhalten. Es war eine mehr als 70jährige Frau, die wesentlich in Folge widriger Familienereignisse erkrankte. Sie befand sich in anhaltend erregtem Zustande. Soweit sie sich mit verhältnissmässiger Klarheit äusserte, waren es traurige Gedanken, an jene Ereignisse anknüpfend, ja es kam vor, dass sie sich selbst für schwach, für krank erklärte. Das Gebahren aber war überwiegend ein heiteres. Die Kranke verbrachte später die Zeit meistens zu Bett. Als dies noch nicht der Fall war, hatte man das widerliche Schauspiel, die alte Frau mit beinahe weissem Haare lachen, tanzen, springen zu sehen, decorirt mit über den Kopf gezogenem Tuche, singen zu hören in selbstgebildeten oder sonstigen Melodien. Das ganze Verhalten machte den Eindruck ausgelassener Heiterkeit.

Frau N., die sich in tiefem beherrschendem Angstaffecte befand, kam wiederholt halb tanzend, in etwas schauspielerischer Haltung aus der Thüre. Sie zeigte häufig auffallend aufrechten Gang, mit stolzem Schritte, mit etwas zurückgeworfenem Kopfe.

Frau K., an schwerer Melancholie leidend, erhielt kurz nacheinander die Nachricht vom Tode ihrer beiden Kinder. Die Kranke befand sich dauernd in deprimirter Stimmung. Als sie die erste jener Nachrichten erhielt, nahm sie sie verhältnissmässig ruhig auf, im Wesentlichen mit dem Ausdrucke natürlichen Schmerzes. Nach der zweiten war sie anfangs anscheinend ziemlich ruhig, dann aber entstand stärkere Erregung. Die Kranke gerieth in Lachen. Auch an den folgenden Tagen lachte sie viel. Sie sagte, sie möchte immer singen, sei eigentlich heiter, unterdrücke es, wenn sie an die Kinder denke. — Die Kranke hatte somit selbst ein gewisses Bewusstsein ihres parodoxen Verhaltens. — Die motorische Erregung sprach sich bei dieser Kranken auch durch heftiges Zittern der Zunge und durch zu starke Innervation der Mundmuskeln beim Sprechen aus. Sie wurde später genesen entlassen.

Auch in dem folgenden Falle bestand theilweise Widerspruch zwischen dem zu supponirenden Bewusstseinszustande und dem motorischen Verhalten. Die Kranke befand sich in angstvoller Aufregung hohen Grades, blieb nicht zu Bett, klammerte sich an Kleider, Bänder, Schürzen, wiederholte beständig: „ich will fort, lassen Sie mich fort.“ Die Züge waren

Digitized by Google

starr, der Mund klappte zu wie beim Ausdrucke bitteren Hohnes. Die Kranke wiederholte häufig das zu ihr Gesagte, auch manchmal anscheinend spöttisch. Beherrscht war sie dabei von tiefem Angstaffect.

In anderer Weise zeigt sich ein der zu supponirenden Bewusstseinslage nicht entsprechendes, zum Theil widersprechendes Verhalten der motorischen Thätigkeit manchmal dann, wenn im Verlaufe der Psychose eine günstige Wendung sich allmälig vollzieht und das motorische Verhalten nicht gleichen Schritt mit dem psychischen hält. In den folgenden beiden Fällen schritt die Besserung des motorischen Verhaltens rascher voran als die des psychischen.

Karoline H. kam, nachdem die Krankheit schon eine Reihe von Monaten gedauert hatte, in tiefer Schwermuth in die Anstalt. Sie war still, gedrückt, weinte viel, das Wenige, was sie sprach, war traurig und muthlos. In Haltung und Gesichtsausdruck sprach sich die tiefe Depression aus. Das Gesicht erschien in hohem Grade kummervoll, die Stirn des jungen Mädchens so in Falten gelegt, dass die Augenbrauen beträchtlich hinaufgezogen erschienen. Dies besonders gab dem Gesichte einen eigenthümlichen Ausdruck. Allmälig hob sich die Ernährung, die Kranke sah besser aus, sie zeigte mehr Theilnahme, und besonders, sie lachte, wenn irgend eine Veranlassung dazu geboten war. Oft suchte sie das Lachen zu verbergen, es kam aber bei einem Scherze regelmässig zum Vorschein. Fragte man sie direct über ihr Befinden, so antwortete sie noch immer traurig, muthlos, sagte sogar, es gehe schlechter. Der Zwiespalt zwischen den melancholischen Aeusserungen und der Neigung zu lachen war sehr auffallend.

Ein tiefgreifender Mangel an Uebereinstimmung zwischen dem Zustande der bewussten psychischen Thätigkeit, soweit er eruirt werden konnte, und dem motorischen Verhalten trat in folgendem Falle hervor.

Die Kranke hatte an schwerer Manie mit tiefer Bewusstseinstörung, Verwirrung und stürmischem Bewegungsdrange gelitten. Der Zustand dauerte mit geringen Schwankungen etwa $4^1/_2$ Monate, dann kam Abspannung. P. wurde still, apathisch, schläfrig, unlustig zu Bewegung, zum Sprechen. Auch dieses Stadium dauerte monatelang an. Dann kam langsam ein wenig belebteres Verhalten. Die Kranke blieb zwar still, theilnahmslos, in ihrem Benehmen aber kam mehr und mehr die Weise gesunder Tage zum Ausdruck. Geistig dauerte die Oede und Stumpfheit in beunruhigender Weise an. Die ungewöhnlich begabte und gebildete Dame gab kaum Antwort, zögerte lange, bis die wenigen Worte herauskamen, dann blieb es bei einem langsamen „ja“ und „nein“, bei einem Ausdrucke des Unbehagens und dergl. Wie der Kaiser heisse, brachte sie nach langem

Digitized by Google

Fragen heraus, an den Namen der Kaiserin erinnerte sie sich nicht. Dagegen war das Gebahren das einer Dame. Sie war bei Tische aufmerksam gegen die andern, sah, wo etwas fehlte, bot an, sie erhob sich, grüsste, gab die Hand, sie machte mit Geschick Handarbeit, spielte Croquet.

Erst nach und nach kam es neben diesem belebten und entwickelten aber einen mechanischen Charakter tragenden, motorischen Verhalten zu einer mehr spontanen psychischen Thätigkeit.

Der Umschlag der Stimmung bei Manie ist mehrfach erwähnt. Eine Hindeutung auf die von uns vorstehend besprochene Paradoxie der Bewegungen und Handlungen finden wir nur bei *v. Krafft-Ebing*. Er erwähnt Fälle von „Paramimie“: der Kranke begleitete eine heitere Vorstellung mit einer weinerlichen Miene und umgekehrt[1]).

Oppenheim will die Paramimie nur sehr eingeschränkt gelten lassen[2]). —

Alienirte Bewegungen und Handlungen. — Den bisher erwähnten, dadurch charakterisirten Bewegungen und Handlungen, dass ihnen dem Anscheine nach eine mehr oder weniger weitgehende Unabhängigkeit von bewussten Intentionen zukommt, sind solche anzureihen, bei welchen das Vonstattengehen selbst gegen die Willkür stattfindet. Es sind Bewegungen und Handlungen, welche anscheinend automatisch erfolgen, und welche, als dem Bewusstsein fremde, vor sich gehen. Die alienirten Bewegungen und Handlungen sind weiter dadurch gekennzeichnet, dass sie dem Bewusstsein als etwas ihm Fremdes, selbst als ihm Aufgedrungenes zukommen.

Frau F., 56 Jahre alt. Tief depressive Stimmung. Selbstanklagen. Angstvolle Vorstellungen.

Die Kranke ist in beständiger Unruhe, die einen durchaus impulsiven Charakter trägt. Sie ruft beständig dieselben Worte, die sie endlos, stundenlang, den ganzen Tag und Tag für Tag, oft auch Nacht für Nacht wiederholt. Dazu bewegt sie Arme und Beine anhaltend, sie wickelt die Haare oder sie reisst Gräser und Blumen ab und zerzupft sie, oder sie onanirt. Wenn sie liegt, gehen die bis zur Brust hinaufgezogenen Beine beständig auf und nieder. Nachts oft dieselbe Unruhe. Manchmal ist sie so müde, dass ihr die Augen zufallen. Ihr Gesicht hat oft einen äusserst matten Ausdruck. Dabei dauert die Unruhe unvermindert an. Beim Besuche des Arztes ist sie oft anfangs still und ruhig, spricht klar, bedauert

[1]) l. c. I, S. 131.

[2]) Beiträge zum Studium des Gesichtsausdruckes der Geisteskranken. Diese Ztschr. Bd. 40. 5. H.

Digitized by Google

selbst die Unruhe, bedauert, dass sie nicht früher gekommen sei, dann wäre ihr zu helfen gewesen. Dies dauert einige Zeit, sie kann mit den andern zusammen sein, sachgemässe Unterhaltung führen. Ist sie allein, so fängt das Elend wieder an.

Die Kranke sagt selbst, wie sie vom Arzte in ihrer Unruhe getroffen wird, in bedauerndem, entschuldigendem Tone: „Nun, bin ich doch laut." Sie sagt, sie wolle gern an sich halten, sie könne es nicht. Sie verspreche es leider so oft ruhig zu sein. Sie klagt selbst darüber, dass sie rufen müsse, und spricht aus, dass es besser wäre, wenn sie es unterlassen könnte. Sie möge nicht bei den andern sein, um diese nicht zu stören, wenn sie sprechen müsse[1]). Der Zwangscharakter des Rufens war um so frappanter, als dessen Inhalt den Anschauungen der Kranken entsprach. Es waren vorwiegend religiöse, ihrer Gesinnung durchaus adäquate Hülferufe. Dennoch kamen sie ihr als aufgezwungen zum Bewusstsein.

Frl. R., eine an tiefer Melancholie leidende Phthisische, ging oft auf und ab, beständig wiederholend: „Mariechen sagt," dann: „Mariechen sagt, ich müsse dableiben." Die Kranke klagte selbst über das „Sprechen".

Eine Kranke schreibt: „Jetzt kommt es mir wieder vor, als ob es nicht des Herrn Wille sei, bin so uneins mit mir und so unzufrieden mit mir selber. Verirrungen treten so unbewusst, traumähnlich an mich heran, dass ich in letzter Zeit sehr unglücklich deswegen bin. Gestern Abend nahm die Verwirrung solch eine Gestalt an, wie ich sie früher niemals von mir geträumt hätte."

L. v. W., seit einer Reihe von Jahren krank, an hallucinatorischer Paranoia leidend, zeitweilig in hohem Grade aufgeregt. Es waren impulsive Anfälle von maassloser Heftigkeit, oft mit völlig unvermittelter Plötzlichkeit ausbrechend, so dass sie sehr an epileptische Zornmüthigkeit erinnerten, ohne dass sonst ein der Epilepsie zugehörendes Moment vorhanden war. Diese Kranke gab in ruhigerer Zeit an, und zwar, ohne dass sie etwa darauf examinirt oder nur in der Richtung gefragt wäre: „es sei so körperlich, es sei eine solche Heftigkeit in ihren Armen". Es kam schnell über sie, dass sie mit den Armen stossen musste. Es war, dies sind alles ihre Angaben, komisch, die Erregung kam so rasch. Ferner sagte sie, ihre Aufregung sei ihr selbst manchmal befremdend. Sie spreche manchmal zu laut. Dann: sie habe ein Reissen in den Gliedern gespürt, dass sie nicht ruhig habe bleiben können, es sei rein körperlich gewesen.

Einmal entwickelte sie die Pathogenese ihres Zustandes: Die vorausgegangene Aufregung sei körperlich gewesen. Ihr Herz sei so schwach, da-

---

[1]) Es sei beiläufig bemerkt, dass der Zustand der Kranken sich erheblich besserte und zwar, wie es schien, wesentlich durch die, lange Zeit in Anspruch nehmende, Behandlung eines veralteten Geschwürs am os ut. Man konnte also wohl daran denken, dass die Unruhe, einschliesslich des Rufens, durch den von da ausgehenden Reiz reflectorisch hervorgerufen worden sei.

Digitized by Google

durch sei der Blutlauf in ihren Gliedern gestört gewesen, dadurch sei die Heftigkeit in ihre Glieder gekommen. Sie glaube, dass sie Wasser in den Gliedern gehabt habe.

Hypochondrische Elemente oder der Wunsch, für ihre Krankheitserscheinungen Interesse zu erwecken, traten bei der Kranken in keiner Weise hervor. Die Erscheinungen und die Reden waren bei ihr vielmehr unvermittelt, impulsiv. Der Schwachsinn war auch schon sehr erheblich. —

In das Gebiet der alienirten Bewegungen und Handlungen fallen grossentheils die als Zwangsbewegungen und -handlungen beschriebenen, ferner viele der Fälle, welche die Aufstellung der Lehre von den Monomanien veranlassten. Es ist eine Classe von Erscheinungen, die oft forensische Bedeutung gewinnen.

Die Thatsache, dass dem Bewusstsein fremde und als fremde sich ihm aufdrängende Bewegungen und Handlungen bei Irren vorkommen, ist von den Irrenärzten wohl allgemein anerkannt. Meist werden die betreffenden motorischen Erscheinungen als „impulsive" beschrieben. Wir halten für erforderlich, einen Unterschied zwischen impulsiven und alienirten Bewegungen und Handlungen zu machen. Bei den impulsiven ist eine Beeinflussung des Bewusstseins durch die motorische Thätigkeit nicht zu constatiren, während bei den alienirten dies geschieht. Die alienirten Bewegungen und Handlungen stellen sich dem Bewusstsein dar, als gegen die Willkür erfolgt.

Die Thatsache des Vorhandenseins wird wohl von niemand bezweifelt, während freilich die Feststellung im einzelnen, zumal forensischen Falle, grosse Schwierigkeit bieten kann.

„Die psychiatrische Erfahrung hat unwiderleglich bewiesen, dass manche Geisteskranke das Unrechte in ihren Handlungen einsehen, zu denen sie doch gleichwohl durch einen inneren Drang getrieben werden [1])."

Griesinger führt [2]) die Beobachtung an, dass der Kranke, namentlich im Beginn der Tobsucht, über die Nöthigung zu seinem ungestümen Thun und Treiben klage.

Hammond bezeichnet, als aus „krankhaften Impulsen" ent-

---

[1]) Ueber die Aufgabe des Gerichtsarztes bei Fragen der Zurechnungsfähigkeit. Von *Axel Jäderholm*. Hygiea XLV. 2. 1883. Referat v. *Walter Berger* in *Schmidt*'s Jahrbb. Bd. 199.

[2]) l, c. S. 284.

Digitized by Google

springend eine Handlung, welche ein Individuum mit Bewusstsein getrieben ist zu begehen, die seiner sonstigen Gefühls- und Anschauungsweise widerstreitet.

Billod[1]) führt den Ausspruch eines Kranken an: je sais très-bien que je n'ai plus la direction de ma volonté.

Er erzählt den Fall einer vornehmen Dame, ausgezeichnet durch feine Bildung und hervorragende Gaben des Geistes und Herzens, die in glänzender Unterhaltung plötzlich anhält und einem der Anwesenden ein unpassendes oft obscönes Wort zuruft. Es geschah nach einem Kampfe, die Kranke erröthete, schlug die Augen nieder, ihr Ausehen war dabei verstört und verwirrt.

Aehnliche Zwangsreden und -handlungen sind vielfach mitgetheilt.

Billod wirft weiterhin die Frage auf, si la monomanie homicide et suicide ne pourrait pas quelquefois reconnaître pour cause une aberration de la volonté, indépendante ou non d'une aberration soit de l'intelligence soit de la sensibilité.

Dagonet citirt die Bemerkung *Baillarger*'s[2]): Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction, que c'est dans l'exercice involontaire des facultés, qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires; *D.* fügt bei[3]): Nous ajouterons que bien souvent aussi ils ont eux-mêmes la conscience de cette domination que subit leur volonté!

Weiterhin sagt er: Les impulsions involontaires se produisent chez les mélancoliques dans les moments surtout où ils les redoutent le plus. C'est par exemple à la vue d'un couteau ou d'un autre instrument quelconque qu'ils ressentent à la fois et la crainte d'être poussés instinctivement à s'en servir et le désir très-vif de s'en emparer pour le diriger contre eux-mêmes ou contre les personnes qu'ils affectionnent le plus.

von Krafft-Ebing charakterisirt die „impulsiven Acte" folgendermaassen: „Es giebt auf psychopathologischem Gebiet Handlungen, deren Motive nicht deutlich bewusste Vorstellungen sind. Hier wird die zur Handlung treibende Vorstellung, noch ehe sie zur vollen Klar-

[1]) Maladies de la volonté. Ann. méd. psych. Juli 1847.
[2]) La théorie de l'automatisme. Ann. méd. psych. 1856.
[3]) Des impulsions dans la folie et de la folie impulsive. Ibid. Juli 1870.

Digitized by Google

heit über die Schwelle des Bewusstseins hervorgehoben ist, in eine Handlung umgesetzt oder sie erhebt sich überhaupt nie zur vollen Klarheit im Bewusstsein. Die Handlung erscheint damit dem Handelnden wie dem Beurtheiler unmotivirt und darum unverständlich, sie wirkt geradezu überraschend, verblüffend auf den Handelnden selbst[1]).“

Zu den alienirten Bewegungen und Handlungen gehören manche Erscheinungen, die von *Emminghaus*[2]) als „Delirium der Handlungen“ bezeichnet sind. „Die Kranken ..... erzählen hie und da hinterdrein, dass sie mancherlei Geschehenes als unsinnig erachtet, aber doch den Ablauf der Handlungen nicht hätten hindern können; sie hätten so handeln müssen; andere wissen, rasch zur Besonnenheit gelangt, das, was sie thaten, geschickt zu bemänteln, selten einmal hört man auf Einwürfe gegen das Treiben: „wir, die Narren, dürfen uns das ja erlauben“. *E.* macht auf Erscheinungen aufmerksam, die mitunter der Ausführung der impulsiven Handlung vorausgehen. „Es zuckt in den Fingern oder anderen Apparaten, welche geeignet sind, die Idee zu realisiren.“

Es würde sich nun eben fragen, ob in solchen Fällen eine Idee zu Grunde liegt, ob sie nicht vielmehr erst secundär entsteht. *Emminghaus* sagt (ibid.) weiterhin selbst: „Der Kranke wird nicht mehr gewahr, dass er seiner nicht mächtig ist, er handelt instinctiv nach einem Schema: erst hinterdrein, wenn die That geschehen ist, wird er klar; dieselbe kommt ihm sonderbar, verkehrt, sinnlos oder entsetzlich vor. Er vermag sich keiner Motive für sein Thun zu entsinnen, er weiss nur, dass ein Etwas ihn dazu trieb.“

Bewegungen und Handlungen, zwangmässig und gegen die bewusste Willkür ausgeführt, kommen auch im physiologischen Leben häufig vor. Eines der frappantesten Beispiele ist das von *Darwin* erzählte von seinem Zurückspringen vom Glase der Puffotter[3]).

Innervation der Antagonisten. — Auf die Rolle, welche die Antagonisten beim normalen Muskeltonus und bei manchen ab-

[1]) l. c. I. Band S. 88. Eigenthümlich ist die Idee einer als Motiv der Action wirkenden „Vorstellung in statu nascenti“. Ibid.

[2]) l. c. S. 219.

[3]) Der Ausdruck der Gemüthsbewegungen bei den Menschen und den Thieren. Deutsch von *J. Victor Carus*. Stuttgart. 1872. S. 39.

Digitized by Google

normen Zuständen spielen, ist neuerdings verschiedentlich die Aufmerksamkeit gelenkt worden.

Es fragt sich nun, ob nicht manche abnorme Bewegungs- bezw. Hemmungserscheinungen bei Irren am Wahrscheinlichsten auf gesteigerte, durch bewusste Willkür nicht veranlasste Innervation der Antagonisten zurückzuführen seien.

Für eine Reihe von Fällen würde in dieser Annahme die einfachste Erklärung liegen.

Es ist nicht selten, dass im Verhalten unserer Kranken eine auffällige Innervation der Antagonisten ausgesprochen ist. Das sog. reflectorische Widerstreben scheint oft genug auf einem solchen zu beruhen, auf einer abnorm gesteigerten Thätigkeit der Muskeln, die derjenigen Handlung, welche ausgeführt werden soll, widerstreben, ohne Intervention des Bewusstseins. In den Fällen in welchen die Kranken allen Maassregeln, die vorgenommen werden sollen, Widerstand entgegensetzen, ist es allem Anschein nach häufig die unwillkürlich vermehrte Beanspruchung der erwähnten Muskelgebiete, welche das Verhalten bedingt.

Oft liegen Wahnideen oder Hallucinationen zu Grunde, oft aber sind sie nicht nachzuweisen und auch nicht anzunehmen.

Die Hemmungserscheinungen bei der folie du doute mögen zum Theil in der oben angegebenen Weise zu erklären sein.

Manche Fälle von Stummheit beruhen wohl auf ähnlichen Vorgängen. Dann solche von Schwierigkeit zum Sprechen zu gelangen.

Die Kranken sagen, sie wollten sich aussprechen, wollten alles sagen, kommen sehr wenig zum Reden.

Eine Patientin machte, ehe sie zum Sprechen kam, oft Schluckbewegungen, Bewegungen mit dem Kopfe, als ob das Sprechen sie Mühe koste, während von Articulations- und Sprachstörung keine Rede war. Auch, wenn sie die Zunge zeigen sollte, schluckte sie erst, machte mit Kopf und Körper beugende Bewegungen, hielt manchmal die Zunge, als ob sie sie hervorziehen müsse.

In einem solchen Falle sind ausser den Antagonisten der auszuführenden Handlung dann auch noch andere Muskeln in Thätigkeit, die für die betreffende motorische Action nicht erforderlich sind.

Besonders deutlich scheint die geschilderte Erscheinung oft bei Nahrungsverweigerung. Oft genug wirken hier Wahnvorstellungen

Digitized by Google

und Sinnestäuschungen bestimmend ein, recht oft aber lassen sich solche nicht nachweisen, man kann vielmehr mit grosser Wahrscheinlichkeit ihr Nichtvorhandensein annehmen, und wir stossen dennoch auf heftigen Widerstand gegen die Nahrungsaufnahme. Die Kranken sind vielleicht apathisch, anscheinend stupide, sie lassen sich die Nahrung bis an den Mund bringen, dann schliessen sich die Lippen, oder diese lassen den Löffel noch passiren, die Zahnreihen aber findet er fest aufeinander gepresst. Oder die Nahrung kommt bis in den Mund und wird dann, statt geschluckt zu werden, hervorgesprudelt.

Eine solche Kranke kommt lange nicht dazu, die Hand zu geben. Giebt sie sie endlich oder nimmt man sie, so lässt sie sie nicht wieder los.

Manche Kranke wenden sich bei der Anrede ab oder sehen den Sprechenden von der Seite an. Insofern es solche sind, in deren psychischen Aeusserungen im Uebrigen ein abweisendes Verhalten nicht hervortritt, würde auch hier an ein den bewussten Impulsen nicht entsprechendes Verhalten der betreffenden Bewegungsorgane zu denken sein.

Eine melancholische Frau zeigte diese Erscheinung, bei welcher ein abweisendes, widerstrebendes Verhalten im Uebrigen nicht bestand. Sie beschäftigte sich, nahm die Nahrung ohne Widerstreben und zeigte eine ausgesprochen freundliche Gesinnung. Diese Frau wendete bei der Anrede stets ihr Gesicht ab, sah gegen die Wand oder zum Fenster hinaus oder verbarg es in den Händen. Aufgefordert den Arzt anzusehen, wendete sie sich halb um und sah ihn von der Seite an, was sich oft sehr drollig ausnahm.

Noch mehr möchte das erwähnte motorische Verhalten in Betracht kommen bei dem Sichabwenden erotisch erregter Kranker. Sie blicken auf die Seite, drehen sich um, bohren das Gesicht in die Kissen. Dem Verhalten, welches durch den psychischen Zustand der Kranken veranlasst sein würde, wirken, wie es scheint, die in solchen Fällen wohl selten bewusst innervirten Antagonisten entgegen.

Höchst wahrscheinlich beruhen wie die kataleptischen so die bei unseren Kranken nicht selten vorkommenden kataleptiformen Zustände auf einem analogen Verhalten. Die Kranken liegen starr da, das Gesicht hat einen maskenartigen Ausdruck, die Glieder be-

Digitized by Google

wegen sich von selbst nicht oder nur auf stärkere Antriebe. Sie bleiben eine verhältnissmässig lange Zeit in der ihnen gegebenen Stellung.

Eine Kranke dieser Art, die sich in meiner Beobachtung befand, Bertha G., bei welcher ein apathischer Zustand vorhanden war und das psychische Leben auf ein sehr geringes Maass reducirt erschien, behält die Nahrung manchmal längere Zeit im Munde, sie leistet keinen Widerstand, schluckt nicht, speit nicht aus, bis endlich Schlucken erfolgt oder die Flüssigkeit aus dem Munde läuft. Offenbar ohne willkürliche Intention wird entweder die oder jene Bewegung reflectorisch ausgelöst, nachdem vorher die beiderseitigen Antagonisten sich das Gleichgewicht gehalten hatten.

Wie hier die Muskeln des Mundes und Rachens, so verhalten sich nicht selten die die Bewegung des ganzen Körpers vermittelnden Muskeln. Auch da halten sich dann anscheinend die beiderseitigen Antagonisten das Gleichgewicht. Die Kranken stehen in der Thüre, gehen nicht hinein, nicht heraus, setzen dem Führen und Schieben in der Richtung und in jener Widerstand entgegen. Sie sträuben sich dagegen zu Bett zu gehen; sind sie darin, so widersetzen sie sich dem Aufstehen. Sie wollen nicht in's Bad; befinden sie sich darin, so wollen sie nicht heraus. Hier sind solche Fälle gemeint, bei welchen bewusste Motive des Verhaltens nicht angegeben werden und nicht zu erkennen sind. Welche bewussten Vorgänge sollten solchen Verhalten auch zu Grunde liegen? Bei solchen Kranken bekommt man oft den Eindruck gedankenloser Starrheit.

Auf ähnliche Vorgänge dürften vielleicht die Erscheinungen in dem folgenden von *Th. Güntz*[1]) mitgetheilten Falle zurückzuführen sein.

Der Kranke zeigte Bewegungstörungen der Art, dass er Vorversuche machen musste, ehe er dazu gelangte die beabsichtigte Bewegung auszuführen. Dies geschieht beim Sprechen, wobei der Kranke erst die Zunge im offenen Munde umherwälzt und allerhand Grimassen schneidet. Will er sich setzen, so macht der Körper Krümmungen, die immer grösser werden, bis der Sitz erreicht ist. Beim Gehen geht er vorwärts, dann wieder rückwärts, bis er in Schuss geräth und mit kleinen Schritten vorwärts geht.

[1]) Diese Ztschr. Bd. 19.

Digitized by Google

Beim Ergreifen eines Gegenstandes mit der Hand fasst er verschiedene Male, bis er ihn hält. Beim Essen spuckt er den Bissen aus und verschlingt ihn erst, nachdem er dies ein paar Mal gethan hat.

Günz glaubt, dass es sich einfach um gehemmte Bewegungen gehandelt habe, und macht die treffende Bemerkung, dass der Kranke jede complicirte Bewegung gleichsam in ihre Elementartheile zerlegt habe, deren jeden er erst üben musste, bevor er zur nächsthöheren Bewegungsreihe übergehen konnte. *G.* nimmt Hemmung der centrifugalen und der centripetalen Leitung an. Die Hemmung der letzten veranlasst, dass die Vollendung einer beabsichtigten Bewegung nicht genügend zum Bewusstsein kommen kann und dieselbe Bewegung so lange wiederholt werden muss, bis sie endlich in ihrem Erfolge bewusst geworden ist.

Meschede[1]) beschreibt eine Zwangsbewegung, die jedesmal in einer der eigentlich gewollten Bewegung entgegengesetzten Richtung erfolgte und immer nur dann eintrat, wenn entweder vom Kranken selbst eine bestimmte Richtung intendirt oder ihm solche von einem Andern aufgetragen oder befohlen war .... Alle willkürlichen Bewegungen des ganzen Körpers vollzogen sich stets in einer der eigentlichen Willensrichtung und Intention gerade entgegengesetzten Richtung und Intention.

Nach *Meschede*'s Ansicht beweisen solche Thatsachen, dass es krankhafte Anomalien willkürlicher Handlungen giebt, unabhängig von Störungen auf dem Gebiete des Vorstellens und der Affecte. Offenbar handele es sich bei dem in Rede stehenden Vorgange um ein anomales Verhalten von Hemmungsapparaten oder von intermediären Bewegungscentren für die willkürlichen Ausführungen bestimmter Bewegungen.

Von *Brücke* wurde 1877 nachgewiesen, dass bei gewissen Bewegungen stets auch die Antagonisten in Contraction gerathen. Er wies dies für die Streckung des Fusses im Sprunggelenk, für die Bewegung der Hand im Handwurzelgelenk nach.

Ferner sagt er[2]): Man kann nicht zweifeln, dass beim Zeich-

[1]) Ueber eine eigenthümliche Form antagonistischer und conträrer Zwangsbestimmungen. Diese Ztschr. Bd. 31.

[2]) Ueber willkürliche und krampfhafte Bewegungen. Sitzungsber. der Wiener Akad. der Wissensch. Math.-naturwissenschaftl. Classe. Jhg. 1877. Bd. 76.

Digitized by Google

nen, beim Geigen und anderswo, wo langsame Bewegungen unter geringem Widerstande mit grosser Präcision und scharf bestimmter Begrenzung ausgeführt werden sollen, mit den arbeitenden Muskeln zugleich die Antagonisten in Thätigkeit gesetzt werden.

Brücke führt noch andere Beispiele von Bewegungen an, bei welchen Mitthätigkeit der Antagonisten angenommen werden muss.

Rieger beschäftigt sich[1]) näher mit der bei Bewegungen stattfindenden Innervation der antagonistischen Muskeln. „Der motorische Theil unseres Gehirnes weiss nichts von Biceps und Triceps, er weiss nur von Beugung unter Winkel x oder Winkel y, wie die Erfahrung ihn das gelehrt hat. Wir müssen also, mögen wir wollen oder nicht, bei jeder intendirten Bewegung eine grössere Summe von centralen Stätten der Muskelbewegung in den Erregungszustand versetzen, wir müssen, mögen wir wollen oder nicht, auch denjenigen Muskeln, welche als Antagonisten wirken, oder welche erst durch eine geeignete Körperstellung die Vorbedingung für die beabsichtigte Bewegung schaffen, ihr Theil Impulse zukommen lassen. — — —

Bei der Innervation jedes Muskels oder jeder Muskelgruppe wird sofort und gleichzeitig ein anderer Muskel oder eine Gruppe innervirt, die, isolirt für sich betrachtet, durch ihre Contraction eine der ersten entgegengesetzte Wirkung hervorbringen müsste auf die Knochenhebel, auf die sie zu wirken bestimmt ist.

Bei dauernder faradischer Reizung fand die Innervation der Antagonisten nicht constant statt, dagegen bei rein momentanen Oeffnungs-Inductionsschlägen.

Bei Flexibilitas cerea werden die antagonistischen Muskeln in jedem gegebenen Augenblick völlig gleichmässig innervirt.

Nach *Tschirjew* bedingt der Wegfall der antagonistischen Regulirung die Schleuderbewegungen der Ataktischen.“ —

Durch Hallucinationen veranlasste Bewegungen. — Die Reaction der motorischen Thätigkeit auf Hallucinationen ist eine sehr verschiedenartige.

Sie erfolgt in sehr vielen Fällen in der Weise, dass erst der Weg durch das Bewusstsein gemacht wird. Ein Kranker hallucinirt ihm zugerufene Drohungen oder Beschimpfungen, er wird ängstlich,

[1]) Ueber normale und kataleptische Bewegungen. Arch. f. Psych. XIII. 2.

Digitized by Google

dann traurig, dann erregt, dann zornig, dann braust er auf, verwahrt sich dagegen, will zum Gerichte, um sich zu beschweren und die Bestrafung der Verfolger herbeizuführen. Oder er wird aggressiv gegen seine Umgebung, bei welcher er die Urheberschaft der ihn beeinträchtigenden Aeusserungen vermuthet. In anderen Fällen ist die Reaction eine raschere, aber sie giebt sich nur in Reden, abwehrenden, schimpfenden, Drohungen kund.

Verschieden davon sind die Fälle, in welchen eine ausgiebige motorische Reaction unmittelbar, blitzartig auf die Hallucination folgt.

Es treten dann die motorischen Entladungen mit epileptoider Heftigkeit auf, und es darf die Frage aufgeworfen werden, ob in solchen Fällen nicht die directe Reizübertragung von dem die Hallucination producirenden sensorischen Centrum auf das motorische das Wahrscheinlichere sei.

Eine Kranke meiner Beobachtung war durch Hallucinationen, welche Ungünstiges über sie und die Ihrigen aussagten, Jahre lang heimgesucht. Auch in der Anstalt waren es immer Leute in der Heimath, welche solche Reden führten.

Die Kranke hatte in der Anstalt einen Abortus erlitten und lag zu Bette. Mit rapider Heftigkeit sprang sie auf, liess durch die sie haltenden Pflegerinnen sich nicht hemmen, wollte ans Fenster, um gegen die Reden zu reagiren. Andere Male fuhr sie auf, schlug mit der Faust auf den Tisch, weil sie eben die Reden gehört. Die Erklärung, wodurch sie so erregt worden, folgte erst nach. Die motorische Entäusserung erfolgte so unmittelbar wie irgend eine Reflexbewegung.

Aehnliche Fälle sind nicht selten und wohl überall beobachtet.

Bei der Unmittelbarkeit des Vorganges erscheint es unwahrscheinlich, dass „bei diesen heftigen aber instinctiven Handlungen ..... dunkle Vorstellungen wohl fast immer mitwirken[1]).“

Es dürfte zuviel gesagt sein, dass das Gehör ein Sinn sei, dessen Erregung nicht unmittelbar reflectorisch mit äusserlich sichtbaren Bewegungen verknüpft sei, und dass alle Bewegungen, die es vermittele, mehr oder weniger noch durch eine andere Art von Vorstellung, durch ein sog. Urtheil vermittelt seien[2]).

---

[1]) *Emminghaus* l. c. S. 222.

[2]) *Schiff*, Physiologie S. 333.

Digitized by Google

Erinnern wir uns hierbei an die auf normale Sinneseindrücke erfolgenden Reflexbewegungen. ***Maudsley*** sagt[1]): „Die Ganglienzellen der Sinnescentren sind ohne Zweifel Centralorgane mit ganz unabhängiger Reactionsfähigkeit und bilden in Verbindung mit ihren eigenen motorischen Kernen Heerde für ihre eigene Reflexbewegung."

Samt bemerkt, nachdem er die Reaction des grosshirnlosen Frosches auf Sinneseindrücke angeführt: „Was in aller Welt hindert uns anzunehmen, dass der vollkommene centrale Mechanismus rein mechanisch verschieden reagire auf verschiedene Signale, dass ..... die Froschaugen differente Signale der Hindernisse je nach ihrer Grösse, Lage, Entfernung, Helligkeit u. s. w. centralwärts schickten und dass einzig durch die Differenz der Signale ohne Dazwischentreten des Bewusstseins die motorische Reaction different erfolgte, und dass sie zweckmässig gezeichnet seien. Warum soll der wunderbar exact gearbeitete Apparat nicht in gleich exacter Weise reagiren können, wenn er die vom Acusticus gebrachten Signale nicht erst auf dem Umwege des Bewusstseins erhält sondern direct? [2])"

Glauben wir für manche Fälle unmittelbare Auslösung der Bewegung vom Sinnescentrum annehmen zu müssen, so werden hiefür die spinalen Wurzeln der cerebralen Sinnesnerven in Betracht kommen, die für Opticus, Trigeminus, Acusticus und Glossopharyngeus nachgewiesen sind. —

Motorische Störungen bei jugendlichen Kranken. — Es ist bemerkenswerth, dass bei den Psychosen sehr jugendlicher Personen die motorischen Störungen häufig in besonderem Maasse ausgesprochen sind.

Während meiner Thätigkeit in Johannisberg sind mir drei Kranke unter 18 Jahren zur Beobachtung gekommen.

Die Krankheitsgeschichte der einen derselben, M. B., ist in meiner Schrift über diese Anstalt[3]) kurz erzählt. Bei der Aufnahme bestand die Störung jedenfalls über ein halbes Jahr. Bei dieser Kranken waren, als sie sich noch zu Hause befand, durch den

[1]) l. c. S. 92.

[2]) Die naturwissensch. Methode in der Psychiatrie. Brln. 1874. S. 21.

[3]) S. 21 ff.

Digitized by Google

Hausarzt veitstanzähnliche Bewegungen constatirt worden. Während des Verlaufes der Krankheit in der Anstalt bestand lange Zeit beträchtliche Hemmung in psychischer und motorischer Beziehung. Als sie sich löste, trat ein gewisser Grad von Exaltation ein, und die Bewegungen geschahen mit einer auffälligen Hast, mit übertriebenem Aufwande und theilweise in den Zweck nicht erreichender Weise. Choreatisch waren sie nicht.

Eine 2. Patientin, A. L., war bei der Aufnahme $17^1/_2$ Jahre alt. Psychisch bestand bei der erblich in hohem Grade beanlagten Kranken Wechsel von Exaltation und Depression. Zu Hause wurde Unruhe der Glieder, ähnlich der „Chorea" beobachtet. Auch in der Anstalt war dies in den Zeiten der Aufregung der Fall, nur war der choreatische Charakter auch in diesem Falle nicht ausgesprochen, wenn schon eine gewisse Aehnlichkeit theilweise vorhanden war. Intentions-Ataxie bestand nicht. Die motorische Unruhe war häufig sehr stark. P. befindet sich dann in lebhafter Bewegung, fährt mit dem ganzen Körper im Bett hin und her, macht besonders heftige Bewegungen mit den Armen, streicht sich die Haare aus dem Gesichte, geht mit dem Kopfe auf und nieder, wirft sich herum, drückt das Gesicht in die Kissen, macht allerlei Grimassen, öffnet und schliesst den Mund, zieht die Lippen auf und ab. Das Sprechen hat dann einen ähnlichen Charakter, es geschieht gleichfalls in unruhiger Bewegung, sich überstürzend. P. stösst einzelnes heraus, es erfolgen überflüssige Contractionen der Muskeln des Mundes. Die Worte werden häufig, indem sie sich jagen, so krampfhaft herausgepresst und -gequetscht, dass sie völlig unverständlich werden. In den Zeiten der Depression verhielt sich P. ruhig; von motorischer Erregung waren dann höchstens Spuren vorhanden.

Die dritte, B. S., Tochter einer dem Anschein nach an Phthise leidenden Mutter, war bei ihrer Aufnahme noch nicht 13 Jahre alt. Auch bei ihr ist angegeben, dass eigenthümliche Bewegungen auftraten, die den Charakter von Chorea magna angenommen hätten. Ob die Bewegungen dieser entsprachen, ist sehr zweifelhaft. Sie wurden als lebhafte Zuckungen geschildert, von welchen die Kranke selbst nichts gewusst habe. Sie habe mit den Armen geschlagen. Die Anfälle hätten stundenlang gedauert; es seien Zuckungen auch im Schlafe vorgekommen. P. habe auch Schaum vor dem Munde gehabt, es sei Urin abgegangen. Dass es epileptische Anfälle gewesen, stellte der Arzt ausdrücklich in Abrede. Es wurde angegeben, dass sie dabei unter dem Einflusse ängstlicher Vorstellungen gestanden sei: es seien Leute im Hause, die sie mitnehmen wollten, ein Ochse wolle sie stossen.

P. wurde den 5. Febr. 1884 in die Anstalt aufgenommen. Es kam kein Anfall vor bis zum 6. April. P. war verstimmt ohne erkennbare Veranlassung, sie weinte, dann kam heftiges Schreien, P. fiel zu Boden, schlug um sich, der Körper bewegte sich in verschiedenen Richtungen, das Schreien

Digitized by Google

wiederholte sich häufig, die Augen standen in Strabismus convergens, die Pupillen waren weit. Das Bewusstsein war nicht völlig aufgehoben, P. reagirte etwas auf Anrufen. Der Zustand dauerte mehrere Stunden.

Es erfolgte dann zunächst kein weiterer Anfall. Einmal war vorher bei Erregung Zittern des Körpers bemerkt worden.

Den 1. Juli wurde P. genesen entlassen und trat in eine Erziehungsanstalt ein. Hier blieb B. S., indem Anstrengung thunlich vermieden wurde. Sie nahm nur an einer beschränkten Anzahl Stunden Theil und wurde in gesundheitlicher Beziehung fortwährend berücksichtigt. Sie blieb wohl bis zum Abende des 23. August. Da, so wurde berichtet, sagte P., es werde ihr so schlecht, dann trat ein Anfall ähnlich dem oben geschilderten ein, der $1^1/_2$ Stunden dauerte, sich von 11—12 Uhr und des andern Morgens von 7—8 Uhr wiederholte.

Sie wurde in die Anstalt zurückgebracht, klagte über Schmerzen im Kopfe und im linken Ohre, war sehr angegriffen, aber ruhig und klar. Es erfolgte dann, so lange Verf. die Kranke noch beobachtete — über 2 Monate — kein Anfall mehr.

Das bei jugendlichen Kranken in auffallender Weise hervortretende automatische motorische Verhalten stimmt zu der Thatsache, dass, je weniger entwickelt die bewusste Thätigkeit, desto selbständiger und lebhafter die Action der motorischen (wie überhaupt der subordinirten) Centren.

Bei jugendlichen Kranken ist augenscheinlich die motorische Entladung nicht oder wenig bewusst beeinflusst. Von Wahnbildungen ist bei solchen wenig die Rede, während Hallucinationen nicht fehlen. Das wesentliche sind von psychischer Seite Stimmungsanomalien und mehr oder weniger entwickelte Affecte, besonders der Angst. Um so frappanter ist bei der wenig hervortretenden Beanspruchung des Bewusstseins die lebhafte motorische Action.

Die Thatsache ist bisher wenig berücksichtigt, auch nicht, soweit ich eruirt habe, in der Literatur über Jugendirresein. Es scheint, dass wo auffallende motorische Action bei jugendlichen Irren vorhanden war, vielfach Chorea angenommen wurde, wie dies auch bei den von mir mitgetheilten Fällen theilweise geschehen war. —

Einwirkung der motorischen Thätigkeit auf das Bewusstsein. — Dass die Bewegungsgefühle und Bewegungsvorstellungen bei der Entwickelung und Gestaltung des Bewusstseins wesentlich betheiligt sind, wird wohl von Niemand bezweifelt. Dennoch kommt, wie es scheint, im einzelnen Falle die erwähnte

Digitized by Google

Einwirkung nur selten zu der ihr gebührenden Beachtung. In der Literatur findet man nur wenig Rücksicht auf das hervorgehobene Verhältniss genommen.

Dies gilt besonders auch, insoweit es beim Irresein sich geltend macht.

Gerade hier liegt jener Einfluss nicht selten auf der Hand.

Psychische Erregung wird durch gesteigerte Muskelthätigkeit oft veranlasst, wird mindestens oft durch sie gesteigert.

In vielen wenigstens der acuten Fälle wirkt motorische Action bei Erregung keineswegs beruhigend. Wenn man hier von motorischer Entladung sprechen will, so mag dies richtig sein, aber in dem Sinne, dass die Entladung nach beiden Seiten hin stattfindet, nicht nur in Form der Muskelthätigkeit, sondern auch durch Einwirkung auf das psychische Gebiet. Man möchte an eine intensive Einwirkung dieser Art denken bei epileptischen Dämmerzuständen. Es erfolgen keine Convulsionen — „die Krämpfe kommen nicht heraus," lautet der populäre Ausdruck — aber das Bewusstsein ist tief gestört, die Befangenheit eine intensive. Die subordinirten motorischen Centren befinden sich, so dürfen wir vielleicht annehmen, in dem der Epilepsie entsprechenden, krankhaft gereizten Zustande, aber die Entladung erfolgt nicht nach der Peripherie, sondern nach dem Centrum, dem eigentlich psychischen Gebiete.

Bei vielen erregten Kranken kommt es, indem sie ihrem motorischen Drange genügen, zu nichts weiter als zu Steigerung der Erregung. Manche Erregungszustände klingen wohl auch ab, während die Kranken sich ihrem Bewegungsbedürfnisse hingeben, überwiegend bringt ausgiebige Muskelthätigkeit in diesen Zuständen vielleicht wohl Erschöpfung, aber nicht wohlthätige Ermüdung zu Stande. Uebermüdung wirkt auch im physiologischen Leben nicht beruhigend, und ein der Uebermüdung ähnlicher Zustand entsteht bei erregten, die Erregung in ausgiebigem Maasse in motorische Thätigkeit umsetzenden Kranken. Dass die durch die Muskelthätigkeit producirten Ermüdungsstoffe hier in Betracht kommen, ist möglich.

Isolirung bringt erregten Kranken oft rasch Ruhe. Neben den anderen bei der Isolirung in Betracht kommenden Momenten ist gewiss die Verminderung der Bewegung wesentlich.

Oft nützt die Isolirung nicht, die Aufregung dauert, wird

Digitized by Google

selbst gesteigert, die Bewegungen richten sich nun gegen Wände, Thüren, Fenster.

Wir lassen die Kranken zu Bette bringen, und nun erleben wir eine manchmal wunderbar scheinende Beruhigung. Aufregungszustände der verschiedensten Art, bei gehobenem und bei gedrücktem Selbstgefühl, bei acuten und nicht selten auch bei chronischen Zuständen, durch abnorme Sensationen oder selbst durch Hallucinationen bedingt, erfahren Beruhigung. Die Bettruhe spielt nun auch in der heutigen Therapie der Psychosen eine weit wichtigere Rolle als früher; sie würde wohl vielfach eine noch ausgedehntere Anwendung verdienen. Auch wenn die Kranken anfangs nicht bleiben wollen, wenn es erforderlich wird sie immer wieder auf's Neue hineinbringen zu lassen, kommen sie doch oft bald dazu die, sei es beruhigende oder erschlaffende Wirkung zu spüren und bleiben dann willig.

Den Eindruck von Steigerung der psychischen Erregung durch die motorische Thätigkeit bekommt man zuweilen auch in solchen Fällen, in welchen die Kranken in verhältnissmässig ruhigem Tone zu reden beginnen und dann, ohne dass eine äussere und eine erkennbare psychische Veranlassung vorliegt, ein immer hastiger werdendes, immer heftigeres Reden erfolgt und dann nach Kurzem intensive Aufregung vorhanden ist.

Weiterhin darf die Frage aufgeworfen werden, ob nicht einzelne Wahnvorstellungen, namentlich rasch auftauchende, einer Beeinflussung des Bewusstseins durch Bewegungsgefühle oder Bewegungsvorstellungen ihre Entstehung oder Ausgestaltung verdanken.

In folgendem Falle schien es gestattet an die angedeutete Erklärung zu denken.

Eine maniakalisch erregte, an Gehörshallucinationen leidende Frau besitzt in hohem Grade die häufige Eigenschaft der Maniakalischen für Sinneseindrücke in gesteigertem Maasse empfänglich zu sein und ferner die gleichfalls häufige Greifmanie. Nach den Gegenständen, die sie sieht, greift sie, nach der Hand, nach dem Rocke, besonders auch nach glänzenden Gegenständen. In ihrer Nähe zieht Jemand die Uhr heraus. Die Kranke fasst nach der Uhr, und gleich darauf sagt sie: „Ach, das ist ja die Uhr meines Mannes". Diese Aeusserung kam ganz abrupt, es handelte sich augenscheinlich um eine plötzlich entstandene Wahnvorstellung, aber es fragt sich: wie ist sie entstanden?

Es fragt sich: war das primäre der Gedanke, die Uhr sei die-

Digitized by Google

jenige ihres Mannes und das Greifen darnach die Folge dieses Gedankens. Oder ist nicht vielmehr die Erklärung ansprechender, mindestens zu erwägen, dass das erste der durch den Anblick des glänzenden Gegenstandes hervorgerufene Sinneseindruck war, das Zweite das durch directe Reizübertragung veranlasste Greifen und das Dritte die durch die Bewegung ausgelöste Vorstellung? Möglich wäre auch die Vermittelung durch eine Gehörshallucination, aber auch dann wäre die Auslösung einer solchen vom motorischen Centrum her eine wohl zu erwägende Annahme. Der Act des Greifens nach einem Gegenstande ist sehr häufig verbunden mit der Vorstellung des Besitzes des Gegenstandes, daher würde man die Vermuthung wohl hegen dürfen, das durch das Greifen veranlasste Bewegungsgefühl könne unter den Umständen, wie sie oben angegeben sind, jene Vorstellung hervorgerufen haben.

Eine Kranke, Frau L., bei welcher die antagonistische Starrheit in hohem Grade bestand, verweilte vielfach auf dem Corridor stehend. Sie blieb auf der Stelle, auf welche sie gelangt war, und sträubte sich, wenn man sie da- oder dorthin führen wollte. Der Nahrungaufnahme setzte sie Widerstand entgegen. Von Starrheit erschien sie beherrscht, die ihren Grund in der, bei jeder angeregten Bewegung eintretenden übermächtigen Contraction der Antagonisten möglicher Weise haben mochte. Der Widerstand blieb aber bei der alten, anscheinend sehr gedankenarmen Frau, wenn auch meistens, doch nicht immer, unmotivirt. Wenn man sie veranlassen wollte, in den Versammlungssaal zu gehen, leistete sie den Widerstand, den sie allem entgegensetzte, was mit ihr vorgenommen werden sollte, und sagte dann wohl: sie wolle nicht zu den vornehmen Leuten. Es war der Versammlungssaal der Kranken 3. Classe, die zum Theil etwas weniger ländlich waren als die Kranke selbst. Immerhin erschien die Aeusserung thatsächlich unmotivirt, und es dürfte gefragt werden, ob es sich nicht möglicherweise um eine von den abnorm innervirten Antagonisten her ausgelöste Vorstellung handelte.

Die durch die überwiegende Innervation der Antagonisten bewirkte Hemmung der Bewegung würde in Form eines Hemmungsgefühles, weiterhin einer Hemmungsvorstellung der Kranken zum Bewusstsein gekommen sein. Die Vorstellung würde die der einfachen Frau besonders geläufige gewesen sein, sie könne deshalb nicht in den Saal treten, weil die andern zu vornehm für sie seien. Es war in dem Falle, bei der dem Anschein nach äusserst reducirten psychischen Thätigkeit so unwahrscheinlich, dass das psychische Motiv primär das Bestimmende für ihre Weigerung gewesen, die

Digitized by Google

nicht bewusst ausgelöste antagonistische Starrheit schien so evident als das Primäre angesehen werden zu müssen, dass jene Erklärung als eine wohl zu erwägende sich darbot.

Die bezügliche Anschauung finde ich in der Literatur nicht vertreten, umsomehr war es mir von Werth, dass Herr Geh. R. *Finkelnburg* an meinen Vortrag die Bemerkung knüpfte, dass er sich aus Siegburg eines Falles erinnere, bei welchem *Jakobi* die Ansicht geäussert habe, dass die bei dem Kranken vorhandene psychische Erregung möglicherweise die Folge der motorischen Action sei.

Herr *Finkelnburg* hat die Güte, mir folgendes Nähere mitzutheilen: Die bezügliche Bemerkung *J.'s* knüpfte an das Verhalten eines Tobsüchtigen an, welcher den Zwangsstuhl tagelang hin- und herschaukelte und von den Bildern einer Seefahrt sprach, später dann als Reconvalescent auf's bestimmteste sich erinnerte, erst durch die automatisch vorgenommenen Schaukelbewegungen zu der Vorstellung einer Seefahrt veranlasst worden zu sein.

Mit den Beobachtungen über Einwirkung der Bewegungen auf das Bewusstsein betreten wir ein Gebiet, welches besondere Schwierigkeiten bietet. Eine irgendwie ausgiebige Rückwirkung der motorischen Thätigkeit auf die Vorgänge des Bewusstseins liegt der allgemeinen Anschauungsweise fern. Niemand bezweifelt die Existenz von Bewegungsgefühlen und Bewegungsvorstellungen, aber man betrachtet diese Vorgänge, soweit ich sehe, doch mehr als solche Einwirkungen, die das Bewusstsein hinnimmt, ohne sonderlich darauf zu reagiren.

Begünstigt wird die Anschauung von einer ausgiebigen Rückwirkung der Bewegungsvorgänge auf das Bewusstsein durch die Thatsache des doppelsinnigen Leitungsvermögens der Nerven[1]). *Vulpian* sagt, dass eine, an irgend einer Stelle des Verlaufes eines Nerven angebrachte Reizung unmittelbar und gleichzeitig sowohl in centripetaler als in centrifugaler Richtung fortgeleitet werde[2]).

[1]) „Durch diese Versuche (die *Kühne*'schen am Sartorius des Frosches u. a.) im Verein mit der *du Bois*'schen Entdeckung bezüglich der negativen Schwankung ist das doppelsinnige Leitungsvermögen der Nerven über allen Zweifel festgestellt." *Hermann*, Allg. Nervenphysiol. in dem von ihm herausg. Handb. der Physiol. Leipzig 1879. II. S. 14.

[2]) Cit. bei *Maudsley* l. c. S. 178.

Digitized by Google

Maudsley sagt gewiss mit Recht, es komme jeder Muskelanschauung in unserem Seelenleben eine bestimmte Stelle und ein gewisser Einfluss zu. Er weist darauf hin, dass beim Kinde „unbewusst oder unwillkürlich angenommene Stellungen oder Geberden in der Seele zuweilen die entsprechenden Vorstellungen und Affecte erwecken[1])".

Braid fand durch Experimente an Kranken, die er in einen Zustand von Hypnotismus versetzte, dass er dadurch, dass er ihre Körper in die, gewissen Leidenschaften eigenen Stellungen brachte, die Leidenschften selbst in die Scene rufen konnte[2]).

Darwin bemerkt[3]), dass das Zurückdrängen aller äussern Zeichen, soweit dies möglich ist, unsere Seelenbewegungen milder mache. „Wer seiner Wuth durch heftige Geberden nachgiebt, wird sie nur vergrössern; wer die äussern Zeichen der Furcht nicht der Controle des Willens unterwirft, wird Furcht in einem bedeutenderen Grade empfinden; und wer in Unthätigkeit beharrt, wenn er von Kummer überwältigt wird, verliert die beste Chance die Elasticität des Geistes wieder zu erhalten." — — — „Selbst das Heucheln einer Gemüthsbewegung erregt dieselbe leicht in unserer Seele."

Es sei daran erinnert, dass nicht nur das Verhalten von der Stimmung sondern auch die Stimmung vom Verhalten abhängig ist. Im gesunden Seelenleben erzeugt bei trüber Gemüthslage ein etwa um der Umgebung willen angenommenes und durchgeführtes heiteres, gehobenes Verhalten eine befreiende aufheiternde Wirkung[4]).

Solbrig hat „die Beziehungen des Muskeltonus zur psychischen Erkrankung" zum Gegenstande einer Untersuchung gemacht[5]) und darin manches mit den obigen Ausführungen sich Berührende beigebracht. —

Billod macht mit Bezug auf auffallende und wahnhaft erklärte Unterbrechungen, die der Kranke in seiner Rede anbrachte, die be-

---

[1]) l. c. S. 178.

[2]) *Maudsley* l. c. S. 146.

[3]) l. c. S. 374. — Er fügt bei, dass *Gratiolet* sich ähnlich geäussert habe.

[4]) Vgl. die schöne Ausführung über die üble Laune und den Kampf gegen dieselbe in Göthe's Werther. Ausg. in 40 B. Bd. 14, S. 37 f.

[5]) Diese Ztschr. Bd. 28.

Digitized by Google

achtenswerthe Bemerkung: on se demande avec raison, si ce délire est primitif ou consécutif aux mouvements et aux paroles qu'il tend à expliquer; en d'autres termes si ce délire explique ou est expliqué [1]).

Genetisch betrachtet entwickelt sich das Bewusstsein auf der Grundlage von sensiblen, sensorischen, motorischen Vorgängen, die unter seiner Schwelle liegen. Beim Kinde erfolgen die meisten Bewegungen reflectorisch. In gleicher Weise aber geschehen die erlernten und geübten Bewegungen späterhin grossentheils ohne Betheiligung des Bewusstseins. Diesem kommen sie secundär zu.

Meynert bezeichnet die Willensimpulse als secundäre Vorgänge; nach ihm „sind die Innervationsvorgänge von den Hemisphären aus, welche man Willensacte nennt, nichts weiter als die Wahrnehmungs- und Erinnerungsbilder der Innervationsgefühle, welche, jede Form der Reflexbewegungen begleitend, in die Hirnrinde übertragen werden, als die primäre Grundlage secundär von dem Vorderhirn ausgehender ähnlicher Bewegungen [2])".

Wundt sagt [3]): „an der Entstehung des Bewusstseins sind alle Organe betheiligt, an deren Functionen die Entwickelung unserer Vorstellungen gebunden ist, also ausser den sämmtlichen Centraltheilen insbesondere auch die peripherischen Sinnes- und Bewegungswerkzeuge." — —

Die oben mitgetheilten Beobachtungen bekunden, wie wir glauben, eine ausgiebige Beeinflussung des eigentlich psychischen Geschehens durch die motorische Action.

Manche Vorgänge des Traumlebens dürfen wir ferner hierher rechnen. Die häufigen Träume, in welchen gehemmte Bewegung eine Rolle spielt, scheinen auf der zum Bewusstsein des Träumenden gelangenden Empfindung von gehemmter Bewegung der Glieder zu beruhen. Ein Fuss findet, indem er sich bewegen will, einen Widerstand am Bettzeug, und es entsteht der Traum, man sei verhindert, das Zimmer zu verlassen oder man könne die Bahn nicht mehr erreichen.

Dürfen wir annehmen, dass die Vorgänge sich entsprechend

---

[1]) l. c.

[2]) Fragment aus den anatomischen Corollarien und der Physiologie des Vorderhirns. Jahrbücher für Psychiatrie. 2. Jahrg. 1881, S. 70.

[3]) Grundzüge der physiolog. Psychologie. 2. Aufl. Leipzig 1880, S. 215.

Digitized by Google

verhalten, so hätten wir eine evidente Einwirkung einer peripherisch nicht nur erfolgenden sondern auch peripherisch ausgelösten Bewegung auf das (traumhafte) Bewusstsein. Denn die im Schlafe etwa entstehende Absicht den Fuss zu bewegen, würde in dem angenommenen Falle ein reflectorischer, auf einem unter der Schwelle des Bewusstseins vor sich gehenden Antriebe beruhender Vorgang sein.

Ist die Auffassung von der ausgiebigen Beeinflussung der bewussten psychischen Thätigkeit durch Bewegungsgefühle — man könnte den Vorgang Renervation nennen — richtig, so würden wir auch in manchen Fällen von Nahrungsverweigerung an einen ähnlichen Vorgang denken dürfen. Der Widerstand erfolgt reflectorisch, durch Innervation der Antagonisten, diese motorische Thätigkeit kommt zum Bewusstsein, und secundär entsteht der Wahn eines Verbotes zu essen oder einer beabsichtigten Vergiftung.

Lassen wir indessen diese Vermuthungen; solche sind es ja freilich. Die Anschauung, dass Empfindungen, welche durch Bewegungen entstehen, bestimmte Vorstellungen hervorrufen, ist uns wenig geläufig. Wir sind gewöhnt die Vorstellung als das Primäre, die Bewegung als das Secundäre anzusehen und die die Bewegung begleitende Empfindung wenig zu beachten. Manche Vorgänge kommen dabei aber nicht zu ihrem Rechte. Wir werden unten etwas näher darauf hinweisen dass, wie wir glauben, zu sehr die Gewohnheit besteht die Thatsachen des Bewusstseins als gegebene anzusehen und das elementare Geschehen, wodurch sie zu Stande kommen, nicht ausreichend zu würdigen.

Es schien mir geboten auf die Möglichkeit einer Auffassung, wie sie oben dargelegt wurde, hinzuweisen. —

Complicirtheit und Selbständigkeit des motorischen Apparates. — Wir werfen einen flüchtigen übersichtlichen Blick auf die Thatsachen, welche bezüglich der Abhängigkeit der motorischen Thätigkeit von den einzelnen Theilen des Centralnervensystems ermittelt sind.

Die physiologische Forschung hat ergeben, dass die relative Selbständigkeit der einzelnen Centren eine sehr beträchtliche ist.

Die von der descriptiven Anatomie unterschiedenen Theile des Gehirns und Rückenmarkes gliedern sich in Stationen, die mehr oder weniger automatisch zu fungiren im Stande sind.

Eine Reihe solcher Stationen ist im Rückenmarke nachge-

Digitized by Google

wiesen; deren Fähigkeit im eben berührten Sinne ist eine so bedeutende, dass hervorragende Physiologen (besonders *Pflüger*) zur Annahme einer „Rückenmarkseele" gelangt sind.

Beim Aufsteigen im Marke finden wir immer complicirteren Functionen vorstehende Centren. Am Boden des 4. Ventrikels ist ein Krampfcentrum nachgewiesen, und für gewisse Bewegungen bilden bestimmte Theile der Med, obl. Ausgangspunkte der Innervation. Das Kleinhirn wird vielfach als Organ der Coordination betrachtet. Eine Reihe von eingreifenden Bewegungsstörungen ist die Folge seiner Verletzung. Auch Vierhügel und Sehhügel sollen motorisch wichtig sein, was für den Sehhügel allerdings von Manchen bestritten wird. Dass die corpora striata hochwichtig für die Bewegungen sind, gehört zu den physiologisch und pathologisch gesichertsten Thatsachen. — .

Die motorische Bedeutung der Grosshirnrinde steht seit *Hitzig*'s und *Fritsch*'s bahnbrechenden Untersuchungen im Vordergrunde der Discussion. Die Localisation in dem von der Mehrzahl der Physiologen und Pathologen angenommenen Sinne wird allerdings von hervorragender Seite bestritten. Manche Thatsachen dürften doch feststehen. Besonders gilt dies auch von einem der die Aufmerksamkeit, zumal auch des Psychiaters, besonders fesselnden motorischen Gebiete, dem der Sprache. — —

So sehr manche einzelne der vorstehend berührten Thatsachen, auf die wir nur einen übersichtlichen Blick werfen konnten, der Präcisirung bedürfen, so ergeben sie eine reiche überaus mannigfaltig abgestufte Gliederung des motorischen Apparates. Ein näheres Eingehen, welches wir uns hier nicht gestatten können, würde dies nur um so evidenter erweisen.

Die anatomische Untersuchung hat wenigstens für einen grossen Theil der auf physiologischem Wege gefundenen motorischen Centren und Stationen ihrerseits wohl characterisirte histologische Elemente (mit mehr oder weniger Recht als „motorische" bezeichnete Fasern und Zellen) gefunden, welche als muthmaassliche Träger der Function gelten können.

Es ist für unsere Auffassung der Innervationsvorgänge im Centralnervensystem, wie wir glauben, von grundlegender Wichtigkeit, dass wir uns gegenwärtig halten, dass dieselben an ein reich gegliedertes Stationensystem geknüpft sind. Als solche Statio-

Digitized by Google

nen sind nicht nur die von der descriptiven Anatomie unterschiedenen Theile sondern, und wir möchten dies besonders betonen, auch die innerhalb derselben an einander gereihten gemeint.

Auf die einzelnen Stationen des motorischen Apparates die motorischen Störungen beim einfachen Irresein zu beziehen, ist bis jetzt eine unlösbare Aufgabe. Wir thun aber wohl daran uns zu erinnern, wie zusammengesetzt die anatomischen und physiologischen Grundlagen der Bewegungserscheinungen unseres Körpers und wie verhältnissmässig selbständig die einzelnen Theile des Apparates zu fungiren im Stande sind.

Stellen wir diesen anatomischen und physiologischen Ergebnissen die Bewegungen und Handlungen gegenüber, wie sie der Beobachtung, auch der Selbstbeobachtung, sich unmittelbar darstellen, so ist die Discrepanz zwischen der zu Grunde liegenden Complicirtheit und der anscheinenden Einfachheit der zu Tage tretenden Erscheinungen frappant genug.

Soll eine Bewegung ausgeführt werden, so muss der Innervationstrom, entspringend aus den der bewussten psychischen Thätigkeit unmittelbar dienenden Partien des Centralorganes, die verschiedenen Coordinationscentren passirend, in immer kleinere Canäle auseinandergehend, die Stationen durchlaufen bis herab zu den Zellengruppen, aus denen die Fasern für die einzelnen Muskelbündel entspringen. In welcher Weise er an den einzelnen Stellen modificirt wird, wissen wir nicht. Ist die Bewegung geschehen, so erfolgt der rückläufige Innervationsstrom, welcher in Form der Muskelgefühle, Bewegungsempfindungen und -vorstellungen dem Bewusstsein die Kunde von der stattgehabten motorischen Thätigkeit bringt.

Es ist kaum zu bezweifeln, dass es ausser den bisher bekannten anatomischen und physiologischen Centren noch weitere giebt, dass das Stationensystem des Centralorganes ein noch weit complicirteres ist, als im Allgemeinen angenommen wird.

Es sei auf einzelne Thatsachen hingewiesen, so darauf, dass allem Anschein nach an manchen Stellen es nicht nur die grossen polyklonen Zellen sind, die wahrscheinlich als motorische zu gelten haben. Es kommen auch Gruppen kleiner Zellen, augenscheinlich zugehörig zu motorischen Nerven vor. Einen solchen Kern habe ich für einen unzweifelhaft motorischen Nerven, den Hypoglossus

Digitized by Google

neben dem allgemein bekannten *Stilling*'schen, grosszelligen nachgewiesen[1]), auch in der grauen Vordersäule trifft man neben den grossen polyklonen Zellen zahlreiche kleine; indessen war ein Zusammenhang von Fasern der vordern Wurzeln mit solchen nicht zu constatiren.

Ferner existiren, eingesprengt in die Faserzüge, welche Med. obl. und Pons durchziehen, weit mehr graue Massen mit wohl charakterisirten Ganglienzellen, als beschrieben und dargestellt sind. Ich behalte mir dies vor. Sie erscheinen in Faserzügen von motorischem und sensibelm Charakter, besonders auch in den Pyramiden. Zum Theil sind sie erwähnt, manche aber, und zwar solche von beträchtlichem Interesse, nicht[2]). Genau anzugeben, welche Bedeutung solche Zellengruppen haben, ist freilich nicht möglich, der nächstliegende Gedanke aber ist jedenfalls, dass es sich um Stationen handle für die Bahnen der Innervation, um Stätten, an welchen diese Modificationen erfährt. Der Anblick dieser, zum Theil mitten in die sonst compacten Faserzüge eingebetteten grauen, zellenreichen Massen begünstigt eine entsprechende Auffassung bezüglich des centrifugalen wie des centripetalen Stromes der Innervation in hohem Grade.

Auch *Samt* spricht[3]) von den Staffeln, in welchen wir uns den Coordinationsapparat aufgebaut zu denken haben. —

Neben den Thatsachen, welche die Complicirtheit und Selbständigkeit des motorischen Apparates, insoweit er in Einrichtungen des Centralnervensystemes hervortritt, beweisen, sind für unsere Auffassung wichtig die Erscheinungen, welche ein vom Bewusstsein unbeeinflusstes Eigenleben desselben unmittelbar darthun. Dies Eigenleben ist ein mannigfach gestaltetes; es sei gestattet auf einzelne auch dieser Erscheinungen flüchtig hinzuweisen.

Hier kommen zahlreiche Thatsachen der Nerven- und Muskelphysiologie in Betracht, zumal diejenigen, welche sich auf das elektrische Verhalten dieser Theile beziehen. Ausser diesen seien die Untersuchungen über den Muskeltonus sowie einzelne, neuer-

---

[1]) Ein kleinzelliger Hypoglossuskern. Arch. für mikr. Anat. Bd. XIX.

[2]) Vgl. auch *Flechsig*, die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen. Leipzig 1882 die Anmerkung zu S. 29.

[3]) l. c. S. 23.

Digitized by Google

lich das Interesse in besonderem Grade weckende Erscheinungen an den Muskeln namhaft gemacht. Es sind die Sehnen- und Muskelreflexe. Ob es sich bei diesen um Contractionen durch directe Reizübertragung — eine gewiss wohl zu erwägende Möglichkeit — oder durch spinalen Reflex handle, ist hier nicht zu erörtern[1]).

Weiterhin würde an diejenigen pathologischen Erscheinungen, welche ein vom Bewusstsein unabhängiges krankhaftes Fungiren bezw. Nichtfungiren des Apparates der willkürlichen Bewegung darthun, also Krampf- und Lähmungszustände u. s. w. zu erinnern sein. Wir erwähnen ferner die „mechanische Uebererregbarkeit der Extremitätennerven“[2]), den *Friedreich*'schen Paramyoclonus multiplex, die *Thomsen*'sche Krankheit, den initialen Muskelspasmus bei Willkürbewegungen[3]).

Auch das Eigenleben der Muskeln als solcher ist ein hochentwickeltes. Dass sie es bewahren, selbst wenn der Nerveneinfluss vollständig ausgeschlossen ist, beweist die Thatsache, dass sie für den elektrischen Strom, auch nach durch Curare bewirkter Entnervung erregbar bleiben.

Vom Eigenleben der Muskeln kann man sich durch directen Anblick überzeugen. Bei einem kräftigen Manne wird eine Amputation gemacht. Die eben durchschnittenen Muskeln sieht man in lebhafter Bewegung. Bei dem tief chloroformirten Individuum

---

[1]) Nach *Erb* sind die Erscheinungen reflectorisch. (Krankheiten des Rückenmarkes. Leipzig. 1878. S. 57 ff.) Vgl. die bezügliche Literatur, namentlich: *Westphal*, Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens. Berl. Kl. Wochenschr. No. 1 und 2, 1881. W. bezeichnet das Vorhandensein des Muskeltonus als die Hauptbedingung des Phänomens. *Eulenburg*, Ueber die Latenzdauer und den pseudoreflectorischen Charakter der Sehnenphänomene. Durch *E.*'s Untersuchungen wird der „reflectorische Charakter der Phänomene sehr in Frage gestellt“. *Mommsen*, Experimentelles über Sehnenreflexe. *Westphal*, Archiv XV. *Reinhard*, Ueber Muskelphänomene. Ebenda.

[2]) *Schultze*, Ueber Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nervenstämme. D. Med. Wochenschr. No. 20 und 21. Ref. in *Mendel*'s Neurol. Centralbl. No. 14, 1882, wo auch einschlägige Beobachtungen von *Chvostek* und *Weiss* und die *Charcot*'sche hyperexcitabilité neuro-musculaire erwähnt sind.

[3]) Spasme musçulaire au début des mouvements volontaires par *Ballet* et *Marie* (Arch. de Neurol. 13, 1883). Ref. im Neurol. Ctrlbl. No. 9, 1883.

Digitized by Google

wälzen und beugen sie sich in mächtigen Windungen, einem Knäuel Schlangen gleich, auf und nieder, durch- und übereinander. Die Bewegungen werden bei der tiefen Narkose mechanisch durch den mächtigen Reiz des Durchschneidens hervorgerufen, ob, was gewiss das Wahrscheinlichere ist, direct, oder reflectorisch, lassen wir ununtersucht. —

So wenig wir die angeführten Erscheinungen zu den Beobachtungen über die motorischen Störungen beim einfachen Irresein in directe Beziehung zu setzen vermögen, so wichtig schien uns der Hinweis auf dieselben. Die durch dieselben begründete Auffassung von der relativen Selbständigkeit des motorischen Apparates ist, wie uns scheint, eine wenig verbreitete. Zur Würdigung der motorischen Vorgänge im gesunden und besonders im kranken Zustande scheint in ihr der das Verständniss bedingende Ausgangspunkt zu liegen.

Betrafen die vorstehend erwähnten Thatsachen mehr oder weniger Einzelheiten, so sei noch ein Blick auf die relative Selbständigkeit des motorischen Apparates als ganzen geworfen.

Augenfällig ist dessen besonders sicheres Fungiren in Fällen, in welchen der Einfluss des Bewusstseins aufgehoben oder erheblich vermindert ist. Hierher gehört das Schlafwandeln, hierher manche während des epileptischen Dämmerzustandes mit Umsicht jedenfalls mit nicht mangelnder Coordination ausgeführte Handlungen.

Reflexbewegungen erfolgen unbewusst mit grösserer Sicherheit und Präcision als dieselben Bewegungen, wenn die Aufmerksamkeit ihnen zugewendet wird[1]).

Bei Geisteskranken sehen wir häufig die Entfaltung auffälliger Geschicklichkeit und Kraft in Zuständen, in welchen das Bewusstsein durch beherrschende Vorgänge, besonders durch Affect irgend welcher Art, occupirt ist. Die Kranken scheinen oft eine unbegreifliche Stärke zu entfalten. Es ist ganz gewöhnlich, dass das Pflegepersonal voll Erstaunen von der Kraft berichtet, welche beispielsweise eine schwächliche, heruntergekommene weibliche Kranke an den Tag lege. Solche Kranke leisten in Turnkünsten Erstaunliches.

---

[1]) Vgl. die Ausführung hierüber und die Beispiele bei *Darwin* l. c. S. 37 f.

Digitized by Google

Ich erinnere mich an einen Fall, in welchem eine angstvoll melancholische Frau auf eine Weise, die räthselhaft erschien, ein Hausdach erstieg, von dem sie dann herabsprang.

Auch wo ein psychisches Motiv vorliegt, tritt häufig ein frappantes Missverhältniss zwischen demselben und dem Maasse der aufgewandten Kraft zu Tage[1]). —

Epikritische Bemerkungen. — In unserer Betrachtung der Bewusstseinszustände pflegen wir, wie mir scheint, zu wenig die Elemente und die Vorgänge zu berücksichtigen, aus welchen jene sich aufbauen. Wir nehmen vielfach zu sehr das Gegebene als gegeben, vor allem zu sehr die Erscheinungen als einfach. Wir übersehen hier leicht, dass auch für die einzelne Erscheinung das Entwickeln, Aufwickeln, Auseinanderlegen bis zu den elementaren Vorgängen hin die Aufgabe ist. Es ist ein grosses Verdienst der psychophysischen Untersuchungen sich mit der Analyse dieser Vorgänge zu beschäftigen. *Kräpelin* weist gewiss mit Recht auf die Wichtigkeit der experimentellen Psychologie für das Studium der Erscheinungen des Irreseins hin[2]). Die vielfach cultivirte fehlerhafte Richtung, von der wir eben sprachen, hängt offenbar damit zusammen, dass die einseitig psychologische Betrachtungsweise, trotz der ihr wesentlich zukommenden Unfruchtbarkeit, noch immer wieder sich allzusehr geltend macht.

Maudsley sagt[3]) mit Recht: „Ich kann nicht umhin hier zu bemerken, dass die Natur fast in jeder Krankheit, vorzüglich aber im Irresein in einer Menge weniger hervorstechender Symptome zu uns spricht, die fast immer übersehen werden, da die Aufmerksamkeit fast ausschliesslich auf einige wenige hervorragende Symptome gerichtet ist. Im Irresein ist z. B. nicht nur der Klang der Stimme verändert, wir finden auch Eigenthümlichkeiten im Gesichtsausdruck, im Blick und in der Haltung des Körpers. Auch diese Momente tragen viel zu dem gesammten Krankheitsbilde bei und verdienen ein sorgfältiges Studium.“

Die Mahnung zur „Mikropsychologie[4])“ ist wohlberechtigt. Der

[1]) Vgl. *Emminghaus* l. c. S. 238.

[2]) Compendium der Psychiatrie. Leipzig 1883. S. 13.

[3]) l. c. S. S. 362.

[4]) The medical critic and psychological Journal. Edited by Dr. *Winslow*. London 1862. 1. Heft. Ref. in dieser Ztsch. Bd. 22 von *Reumont*.

Digitized by Google

ungenannte (mit W. B. bezeichnete) Verfasser versteht darunter den Theil der Psychiatrie, der sich mit der Beobachtung des oft scheinbar Unbedeutenden und Unwichtigen in den Handlungen, Zügen, Geberden, Gewohnheiten u. s. w. der Irren und der mit entschiedener Anlage zum Irresein Behafteten beschäftigt, ihre Gesetzmässigkeit nachzuweisen und ihre Bedeutung für Diagnose und Behandlung der Irren zu verwerthen sucht. „Jeder Zug, jede Handlung des Irren sollte als ein Zeichen, als eine Warnung oder als Beides zugleich aufgefasst und ihr Werth durch Nachforschung bestimmt werden".

Flechsig sagt: „Da wir bei Geisteskranken eine grössere Anzahl verschiedener Formen anomaler Muskelthätigkeit finden, welche wir nicht sowohl als Ausdrucksbewegungen, sondern als Parallelerscheinungen zu gleichzeitig vorhandenen psychischen Anomalien zu betrachten haben, und welche in ihrer ganzen Erscheinungsweise den letzteren gleichen (automatische Bewegungen, tetanische Contractionen, kataleptische Zustände, maniakalische Bewegungen), so erscheint eine sorgfältige Vergleichung geistiger und musculärer Störungen für die Auffassung der, ersteren zu Grunde liegenden Erregungsanomalien der Hirnrinde von fundamentaler Bedeutung"[1]).

In der That bieten die motorischen Erscheinungen bezw. Störungen beim einfachen Irresein ein beträchtliches Interesse dar, zunächst an und für sich; dann aber insofern sie grossentheils in hohem Maasse den Eindruck des Automatischen, Unwillkürlichen erwecken.

Auch im physiologischen Leben erfolgen unsere meisten s. g. willkürlichen Bewegungen unbewusst. Auch wo ein bewusster Antrieb vorliegt, erfolgt die Ausführung im einzelnen unbewusst. Eine Vorstellung der einzelnen Vorgänge, der Anregung zur Coordination der in Thätigkeit tretenden Muskelgruppen, vollends der Contraction einzelner Muskeln haben wir überhaupt nicht. Wir haben nur eine Vorstellung des Erfolges der Handlung.

In dieser Beziehung äussert *Domrich*[2]): „Das Bewusstsein d. h. die bewusste Vorstellung der Bewegung, kennt .... weder

---

[1]) l. c. S. 28 f.

[2]) Die psychischen Zustände, ihre organ. Vermittlung etc. Jena 1849. S. 76.

Digitized by Google

die motorischen Nerven noch die zu bewegenden Muskeln, es giebt uns nur die Thatsache, dass wir uns willkürlich zu bewegen vermögen, von dem Vorhandensein der Muskeln und Nerven sagt es uns nichts. Deshalb sind wir auch nicht im Stande unmittelbar zu wollen, dass dieser oder jener Muskel sich contrahire, da wir sein Vorhandensein gar nicht kennen. Wir singen willkürlich Töne von bestimmter Höhe, ohne überhaupt zu wissen, dass sich dabei Muskeln und zwar mit der grössten Genauigkeit contrahiren müssen".

Billod bemerkt[1]), es geschehe sehr mit Unrecht, dass die Physiologie allen den Bewegungen den Namen von willkürlichen gebe, welche im physiologischen Zustande durch diejenigen Muskeln ausgeführt werden, deren Nerven vom Nervensystem des animalen Lebens entspringen. Denn unter diesen Bewegungen sind die einen wohl willkürlich, weil sie die Folge eines Entschlusses sind, aber die andern sind unabhängig von aller intellectuellen Entschliessung.

Entsprechend sagt *Maudsley*: „In der That, wenn sich einer die Mühe geben wollte die Bewegungen durchzugehen, die er während eines Tages ausgeführt hat, er würde staunen, wie wenige davon er mit bewusstem Willen vollbrachte, und wie viele dagegen aus jener oben auseinandergesetzten automatischen Bewegungssphäre entsprungen sind"[2]).

Samt citirt in seinem wiederholt erwähnten Vortrage diese Bemerkung *Maudsley*'s und glaubt, wir dürften für eine grosse Reihe auch sehr complicirter Bewegungen an Stelle des scheinbar Psychischen das exact Mechanische setzen, an Stelle der scheinbar bewussten Schlüsse die mechanische, durch peripherische Signale exacte Regulirung der motorischen Apparate.

Aehnliche Anschauungen finden sich auch sonst in der Literatur vertreten, man wird aber nicht sagen können, dass im Allgemeinen bei der Betrachtung der motorischen Thätigkeit im gesunden und kranken psychischen Leben von der entsprechenden Auffassungsweise ausgegangen wird. Man wird *Maudsley* nicht Unrecht geben dürfen, wenn er von „diesem vernachlässigten aber

[1]) l. c. Juli 1847.
[2]) l. c. S. 70.

Digitized by Google

wichtigen motorischen Gebiet unseres Seelenlebens" spricht[1]), und *Samt*, wenn er sagt: „Die Voraussetzung, dass scheinbar bewusste Handlungen nur mit Bewusstsein erfolgen können, ist ein Vorurtheil, welches zwar durch Jahrtausende bestanden, auch gegenwärtig noch ziemlich allgemein verbreitet ist, welches aber ein gänzlich unbegründetes rein willkürliches ist[2])."

Offenbar ist das grosse Gebiet motorischer Thätigkeit, auf welchem bewusste Willkür zu herrschen scheint, während viele Gründe für die Annahme eines relativ selbständigen Fungirens des motorischen Apparates sprechen, besonders wichtig in einer grossen Reihe von, dem einfachen Irresein zugehörigen Fällen. Dies ergeben auch, wie wir glauben, in evidenter Weise die oben mitgetheilten Beobachtungen.

Niemand wird wohl an der Richtigkeit dieser Auffassung zweifeln gegenüber der krankhaft veränderten Innervation der Stimme. Aber auch die verschiedenen Störungen der Sprache, die Ueberproduction und das Versagen der Sprachthätigkeit, das sinnlose Reden bei maniakalischer Erregung, die Echolalie, das Einschieben ungebräuchlicher oder neuer Ausdrücke, die emotive Sprachstörung machen in vielen Fällen einen zwangmässigen mechanischen Eindruck. Denselben erwecken die Erscheinungen impulsiver motorischer Thätigkeit, bei welchen diese offenbar ohne Beeinflussung durch das Bewusstsein vor sich geht, die paradoxen Bewegungen und Handlungen, bei welchen ein Zwiespalt zwischen dem zu supponirenden Bewusstseinszustande und den motorischen Aeusserungen besteht, und die alienirten, welche gegen den Willen erfolgen und bei welchen dies secundär zum Bewusstsein kommt. Ist unsere Auffassung von der Rolle, welche bei manchen Bewegungsstörungen des einfachen Irreseins die Antagonisten spielen, richtig, so würde auch hierin ein Zeugniss für die Ausdehnung der der bewussten Willkür entzogenen motorischen Thätigkeit liegen. Manche durch Hallucinationen veranlasste Bewegungen scheinen durch unter der Schwelle des Bewusstseins erfolgende directe Reizübertragung vom Sinnescentrum auf das motorische Centrum zu entstehen. Bei jugendlichen Kranken,

[1]) l. c. S. 174.
[2]) l. c. S. 18.

Digitized by Google

bei welchen die hemmende Wirkung bewusster psychischer Thätigkeit weniger zur Geltung kommt, erscheint die motorische Action in besonders ausgedehntem Maasse das Krankheitsbild beherrschend.

Auf der andern Seite scheint auch die Rückwirkung der motorischen Thätigkeit auf das bewusste psychische Geschehen — die Renervation — in manchen Fällen in verhältnissmässig ausgiebiger Weise stattzufinden.

Bewusste Willkür scheint auf pathologischem Gebiete in einer noch erheblich grösseren Anzahl von Fällen zu fehlen als im physiologischen Leben.

Es finden augenscheinlich viele Modificationen des Verhältnisses des Bewusstseins zu der motorischen Thätigkeit statt. Wir würden somit eine relative Selbständigkeit des motorischen Apparates anzunehmen haben. Subordinirte Centren würden in automatischer Weise fungiren. Es würden die verschiedenen Stationen des motorischen Apparates in Betracht kommen.

Die Vorgänge würden auf dem Zwischengebiete zwischen den bewussten willkürlichen auf der einen Seite, den reflectorischen und denjenigen auf der andern Seite liegen, welche bei durch pathologische Zustände aufgehobenem Bewusstsein stattfinden. Dies Zwischengebiet ist von einzelnen Autoren gekennzeichnet.

Domrich bemerkt[1]) bezüglich der unwillkürlichen Bewegungen im Bereiche der cerebrospinalen Nerven: „Die Thätigkeit der letztern schiebt sich zwischen den organischen Zwang der einfachen Reflexbewegung und die willkürlichen Muskelbewegungen als Zwischenglied ein. Auf der Uebergangstufe stehen die instinctiven; sie erfolgen mit Nothwendigkeit, ohne Bewusstsein und Einsicht des Zweckes, welcher durch sie erreicht wird[2])." Er hebt neben den durch „Synergie und Reflex bedingten Bewegungen" solche her-

[1]) l. c. S. 128.

[2]) *D.* führt weiter die Bewegungen an, die sich mit einfachen Vorstellungen unwillkürlich associiren z. B. mit gedachten Gehörsvorstellungen, sowie die Fälle, wo die blosse lebhafte Vorstellung einer Bewegung in diese wirklich ausschlägt, ohne dass vom Willen der Impuls dazu gegeben wurde wie beim Gähnen, Lachen, Seufzen. Ich kenne, fügt er bei, einen Menschen, welcher, wenn er Jemanden essen sieht, die Kaubewegungen gegen seinen Willen mitmachen muss, auch wenn er ganz gesättigt ist, einer der lächerlichsten Anblicke, die mir jemals vorgekommen sind.

Digitized by Google

vor, welche, wie er glaubt, „dadurch vermittelt sein könnten, dass die Nervenzelle als Erregungscentrum den Muskel dann zur Contraction veranlasst, sobald die von ihr ausgehende und dem Leitungsfaden ihres Nerven mitgetheilte Erregung einen gewissen Höhegrad erreicht hat". *D.* nimmt selbständige Erregungscentra an, unabhängig vom Willensimpulse und von äusserer oder durch andere Nerven übertragener Reizung, Contractionen veranlassend, sobald das Quantum der von ihnen ausgehenden Strömung eine hinlängliche Grösse erreicht hat. Er erklärt sich so den Tonus der willkürlichen Muskeln, die von den Centralorganen ausgehenden Krämpfe, wenn sie nicht blosse Reflexkrämpfe oder durch den Reiz fremder Körper veranlasst sind, die rhythmische Thätigkeit mancher Nervenapparate, ferner aber auch den inneren Trieb zu Bewegungen nach längerer Ruhe des kräftigen und gesunden Körpers.

Auch *Griesinger* hat auf das erwähnte Zwischengebiet aufmerksam gemacht. Er sagt[1]): „Bei den höheren Thieren und beim Menschen kommt eine sehr umfangreiche Classe von Muskelactionen und Bewegungsantrieben vor, welche ihre nächste Veranlassung theils in unveränderten Empfindungen, theils in so dunkeln Vorstellungen, dass man über ihre Qualität als solche noch in Zweifel sein kann, haben. Sie schliessen sich an die zweckmässigen Bewegungen der niedern Thiere an, stehen gleichsam in der Mitte zwischen rein reflectirten und frei willkürlichen Bewegungen, und es ist meist im einzelnen Falle sehr schwer zu entscheiden, wo die Willkür beginnt." *Griesinger* findet den Unterschied von den reinen Reflexbewegungen in einer Ueberwachung durch die Vorstellungen gleichsam aus der Ferne und in der Möglichkeit von deren Einwirken.

Billod betont die Wichtigkeit der zwischen der intelligence concevant un acte à accomplir und der motilité accomplissant cet acte vorhandenen intervention d'une troisième faculté qui établit un rapport entre l'intelligence qui conçoit et fixe un acte et la motilité qui l'accomplit[2]).

Es ist dieselbe Kategorie von Erscheinungen, welche *Darwin*

---

[1]) Ueber psychische Reflexactionen. Archiv für physiol. Heilkunde. II, 1, S. 88 ff.

[2]) l. c. Juli 1847. S. 17.

Digitized by Google

in dem angeführten Werke unter sein „drittes Princip“ stellt, „das Princip, dass Handlungen durch die Constitution des Nervensystems verursacht werden, von Anfang an unabhängig vom Willen und in einer gewissen Ausdehnung unabhängig von Gewohnheit[1])“.

Dieses Zwischengebiet würde es sein, auf welchem ein grosser Theil der Vorgänge, welche das Irresein constituiren, sich abspielt. Wir haben in den vorstehenden Ausführungen nur von den motorischen Vorgängen gehandelt, wir glauben aber, dass hinsichtlich der sensorischen und sensibeln Centren dasselbe gelten würde. Es sind, wie es scheint, in einer grossen Reihe von dem einfachen Irresein zugehörigen Fällen die subordinirten Centren, deren Reizzustände zur Erscheinung kommen.

Die Frage drängt sich auf, wie wir uns das Verhalten des Bewusstseins hierbei zu denken haben. Damit kann es ja nicht gethan sein, dass wir bei Betrachtung des Irreseins die bewussten Vorgänge eliminiren. Sie sind da, sie sind es eigentlich, welche das Irresein constituiren. Es darf uns nicht einfallen wollen zu sagen, wir seien im Stande die physiologische Erklärung an die Stelle der psychologischen zu setzen. Soweit sind wir noch nicht. Aber wir können vielleicht vom Boden unserer Auffassung aus zu einer brauchbareren Erklärung eines Theiles der Bewusstseinsvorgänge beim Irresein gelangen, als sie ohne die stricte Voraussetzung des mechanischen Charakters des Prozesses möglich ist.

Die vor Allem in's Auge fallende Eigenthümlichkeit der das Irresein wesentlich constituirenden psychischen Erscheinungen ist der Umstand, dass sie uns psychologisch unverständlich oder doch nur in sehr eingeschränktem Maasse verständlich sind. Bei der psychischen Krankheit beharren im Bewusstsein ihm fremde Elemente und Vorgänge, sei es, dass sie ihm als solche erscheinen oder nicht. Sie widerstehen der stets stattfindenden psychischen Arbeit der Einverleibung oder Ausstossung. Sie sind da, sie sind fremd, sie werden aber weder amalgamirt noch eliminirt. Die Mühle der Reflexion, welche im gesunden Seelenleben ihr Werk des Zermahlens sicher thut, versagt ihren Dienst. Die Stimmungsanomalien, die krankhaften Affecte, die Hallucinationen, die Wahnvorstellungen sind da und sind den inneren und äusse-

[1]) l. c. S. 29.

Digitized by Google

ren Einwirkungen, durch welche die Stimmungen, die Leidenschaften, die Vorstellungen, die auf gesundem Boden erwachsen, modificirt werden, nicht zugänglich. Sie sind ihnen nicht direct zugänglich, in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle nicht, indirect wohl, und auf indirectem Wege vollziehen sich dann die Veränderungen.

Diese Erwägungen zwingen, wie ich glaube, zu der Annahme, dass wir im Irresein, wenigstens in einer grossen Reihe von Fällen, eben auch nicht einen direct sondern indirect durch den krankmachenden Reiz erzeugten Process vor uns haben.

Primär würde der krankmachende Reiz, wie oben ausgeführt, subordinirte Centren betreffen. Deren kranker Zustand würde die Centren des Bewusstseins afficiren, so würden die psychischen Störungen entstehen.

Einigermaassen berührt sich mit der hier vorgetragenen Auffassung diejenige *Griesinger*'s, wenn er darauf hinweist, dass Vieles beim Irresein auf Störungen in den normalen psychischen Reflexen beruhe, ohne dass immer das ganze höhere Seelenleben in die Krankheit hineingezogen zu sein brauche[1]). *Guislain* sei ihm hierin beigetreten[2]).

Die Anschauung, dass die psychischen Störungen als secundäre zu betrachten seien, vertritt in der psychiatrischen Literatur besonders *Jakobi*[3]). Freilich nimmt er als primäre Affectionen Krankheitszustände der verschiedensten Art an. Er stellt den Grundsatz auf, dass „alle krankhaften psychischen Erscheinungen sowie nicht minder eine ganze Reihe somatischer, welche zugleich mit ihnen aus dem secundären Leiden des Gehirns und Nervensystems hervorgehen, nur als symptomatische, nur als Begleiterinnen anderweitig gebildeter und sich bildender Krankheitszustände des Organismus betrachtet werden können". Er bezeichnet diesen Grundsatz als den wichtigsten für die gesammte Psychiatrie, der zwar bisher noch vielfach misskannt und bestritten, aber in sich selbst so wurzelfest sei, dass er der allgemeinen Anerkennung nicht lange mehr entbehren werde.

---

[1]) Lehrb. S. 42 und Ueber psych. Reflexact. Arch. f. Heilkunde II, 1.
[2]) Vgl. dessen Leçons orales. II, 1, S. 169.
[3]) l. c. S. 631.

Digitized by Google

Unserer Auffassung nach würde wenigstens in einer gewissen Anzahl von Fällen der Process, wodurch das Irresein entsteht, folgender sein.

Durch die Affection der relativ subordinirten Centren wird die Aufmerksamkeit zwangmässig fixirt. *Wundt*[1]) nennt den Eintritt einer Vorstellung in das Blickfeld des Bewusstseins Perception, denjenigen in den Blickpunkt Apperception. Diese ist das Erfassen der Vorstellung durch die Aufmerksamkeit. Auf eine Erörterung dieser eigenthümlichen Vorgänge, welche das Bewusststein constituiren, gehe ich hier nicht ein. Es sei nur im Vorbeigehen bemerkt, dass es sich bei der Aufmerksamkeit, der activen Apperception, um einen überwiegend motorischen (centrifugalen) Vorgang handelt. Es bleibt freilich dunkel, wodurch der Wille angeregt wird der Vorstellung sich zuzuwenden[2]) (die Anregung geschieht durch centripetale Innervation), aber diese Zuwendung ist ein deutlicher Bewegungsprocess, vom Centrum in peripherer Richtung. Der Wille ist ein inneres Handeln, sagt *Herbart*[3]) und *Ferrier* betrachtet sogar die Aufmerksamkeit als eine von einem bestimmten motorischen Centrum ausgehende Thätigkeit[4]).

Die Vorstellungen und Empfindungen, welche beim Irren vorwiegend zur Perception, zum Eintritt in das Blickfeld des Bewusstseins drängen, sind diejenigen, welche durch den kranken Zustand der subordinirten Centren ausgelöst werden, und wenn die active Apperception, die Aufmerksamkeit, in Thätigkeit tritt, so wird sie gefesselt durch die kranken Perceptionen, durch die das Blickfeld des Bewusstseins beherrschenden kranken Vorstellungen und Empfindungen.

Es wird ein mechanischer Zwang auf die Thätigkeit der Apperception ausgeübt.

Hierin liegt eine weitere Begünstigung der Anschauung, dass die motorische Thätigkeit im Irresein oft automatischen Charakter

---

[1]) l. c. II S. 205 ff.

[2]) *Darwin* nennt die Aufmerksamkeit „vielleicht die wunderbarste aller der wunderbaren Kräfte der Seele". l. c. S. 350.

[3]) Briefe an *Griepenkerl*. Zur Lehre von der Freiheit des menschl. Willens. Gött. 1836. S. 6.

[4]) *Wundt* l. c. S. 218. Anm.

Digitized by Google

trägt. Die Apperception ist in der erwähnten Weise gefesselt und kann sich deshalb den Bewegungsvorgängen nicht zuwenden.

Wir können nach den vorstehenden Ausführungen die *Zeller-Griesinger*'sche Auffassung, dass es bei den Wahnvorstellungen sich um „Erklärungsversuche[1])" handle, nicht theilen. Das Bewusstsein befindet sich bei der Geisteskrankheit nicht in der Lage solche Erörterungen anzustellen. *Griesinger* sagt selbst: „die falschen Vorstellungen und Schlüsse entwickeln sich ganz von selbst . . .; es braucht von Seiten des Individuums kein Besinnen auf eine Erklärung". Ein „Versuch" einer Erklärung würde aber ein Besinnen voraussetzen.

Der Vorgang beim Irresein liegt eine Stufe tiefer, wenn auch seine Wirkungen im bewussten psychischen Gebiete erscheinen. Es handelt sich um dem Bewusstsein aufgedrungene Einwirkungen. Wir müssen offenbar das Irresein, wenigstens in einer grossen Reihe von Fällen, als einen inducirten Krankheitsprocess betrachten.

Es ist gewiss richtig, wenn *Samt* sagt: „Der Psychiater erfährt täglich, dass Vorstellungen, Empfindungen und Handlungen dem Bewusstsein aufgezwungen werden".

Würde der zu Grunde liegende pathologische Vorgang die eigentlich psychischen Centren in erster Reihe treffen, dann wäre undenkbar, dass die psychische Arbeit nicht dieselbe Wirkung thun sollte wie unter gesunden Verhältnissen.

Eine bezeichnende Eigenart verleiht den Vorgängen des kranken Seelenlebens ferner die verhältnissmässige Gleichförmigkeit ihrer Erscheinungsweisen[2]). Individuell verschieden freilich sind die Krankheitserscheinungen, aber gewisse Schemata, gewisse Zeichen, Gedankenbildungen, Affectäusserungen, überhaupt Symptomenreihen wiederholen sich in auffallender Weise, ähnlich wie bei andern, rein körperlichen Krankheiten, wo die individuellen Verschiedenheiten gleichfalls Modificationen bedingen wenn auch freilich in geringerem Grade wie bei den Seelenstörungen.

Bei diesen wirken ferner gerade solche Momente nicht selten schädlich, die bei gesundem Seelenleben im Allgemeinen die förderlichsten und wohlthuendsten sind. Der Geisteskranke wird oft in

[1]) *Griesinger*, Lehrbuch, S. 71.

[2]) Vgl. *Griesinger*, Rede zur Eröffnung der psych. Klinik zu Berlin am 2. Mai 1867. Arch. f. Psych. Bd. I, Heft 1, S. 143.

Digitized by Google

der Familie, im Kreise der ihm Theuersten, in angenehmer, ihm sonst sympathischer Umgebung kränker und kränker. Der Irrenanstalt übergeben gelangt er zur Genesung.

Wohin wir blicken im Irresein: immer wieder stossen wir auf ein anderes, ein fremdes, es sind nach Analogie des gesunden Seelenlebens nicht erklärbare Vorgänge. Bezeichnend ist der französische Ausdruck „aliénation".

Wie leicht widerlegbar scheinen viele Wahnvorstellungen. Der Kranke hält daran fest, aller Logik zum Trotze. Widerspruch befestigt sie nur. Wie ein rocher de bronce starrt der dem Bewusstsein aufgezwungene fremde Inhalt allen directen Einwirkungen entgegen. Mit der Unerbittlichkeit einer Maschine treibt er sein Werk im psychischen Geschehen.

Der logische Mechanismus arbeitet richtig, aber die Prämissen sind falsch, wie dies schon *Locke*'s Ansicht vom Wahnsinn war.

Der Mechanismus wird im Irresein in Bewegung gesetzt nicht durch die apperceptive oder associative bewusste psychische Thätigkeit, sondern durch unter der Schwelle des Bewusstseins liegende pathologische Reizzustände.

Aufgezwungen dem Bewusstsein werden die kranken psychischen Erscheinungen, die Zwangvorstellungen, die Wahnvorstellungen melancholischer und maniakalischer Natur, die Angstvorstellungen, die Grössendelirien, die Stimmungsanomalien, die Hallucinationen, die Affecte, die wahnhaft gedeuteten Empfindungsstörungen, die Zwanghandlungen.

Wie viele Fälle von Geisteskrankheit in der Weise aufzufassen sind, die als eine wahrscheinliche hinzustellen versucht wird: als Wirkungen einer Affection relativ subordinirter Centren auf diejenigen Gehirntheile, welche den Bewusstseinsvorgängen dienen, ist schwer zu sagen. Die der unserigen entgegengesetzte Ansicht, der die Seelenstörung bedingende Process spiele sich im Gebiete des Bewusstseins ab, dies sei das allein Wesentliche, die übrigen Erscheinungen seien die secundären, entspricht zwar der verbreiteten Anschauung, ist aber auf psychologische Analyse der Erscheinungen angewiesen, mit welcher doch nichts erreicht wird, und führt nicht weiter als zu der unlösbaren Aufgabe, vom Standpunkte des gesunden Seelenlebens aus unerklärliche Erscheinungen eben von jenem aus erklären zu sollen.

Digitized by Google

Sollte der Einwand erhoben werden, dass wenigstens bei den Seelenstörungen aus rein psychischen Ursachen auch die primäre Affection des rein psychischen Gebietes durch den krankhaften Process unzweifelhaft sei, so würde dieser Einwand unseres Erachtens nicht stichhaltig sein. Es ist sicher, dass rein psychische Ursachen recht oft ihre krankmachenden Wirkungen ausserhalb des psychischen Gebietes äussern. Es sei hier nur auf die Erfahrung hingewiesen, dass Schreck nicht so ganz selten spinale Paraplegie veranlasst. Hier werden bei evident psychischer Ursache die psychischen Stationen und weiter gelegene passirt, um in relativ entfernten erst einzusetzen. Und überhaupt wissen wir in einer grossen Zahl von Fällen recht wenig über die gesetzmässige Beziehung zwischen Ursache und Localisation der Krankheit.

Auch *Griesinger* sagt, dass die psychischen Ursachen das Irresein sehr selten direct erzeugen, viel häufiger secundär, durch Vermittelung anderer Störungen.

Die die Bewegung, die Sinnesthätigkeit, die Empfindung besonders auch das Allgemeingefühl vermittelnden Theile des Centralnervensystemes bis hinauf zu den höchsten, nur nicht denen des Bewusstseins selbst, würden es sein die primär erkranken. Subordinirte Centren sind es, die in Frage stehen, aber wahrscheinlich nicht ausschliesslich subcorticale. Sie mögen zum Theil in der Rinde liegen, insofern manche Bewegungen und Handlungen den complicirtesten bewusst innervirten, vollkommen entsprechen, nur dass in den bestimmten Fällen der bewusste Impuls auszuschliessen und an seine Stelle der pathologische, in den Centren selbst localisirte, mechanisch wirkende Reiz zu setzen wäre.

Offenbar können, auch beim einfachen Irresein, auch die Stationen im Centralnervensystem weiter hinab die Stätten sein, an welchen der krankmachende Reiz sich localisirt. Wir können vielleicht sagen: je tiefer hinab im Centralnervensystem der Process sich erstreckt, welcher im Bewusstsein als Störung erscheint, um so schwerer der Zustand. Manche Bewegungen und Handlungen bei psychischen Schwächezuständen machen den Eindruck, dass sie auf spinaler Innervation beruhen, so das anhaltende Tag für Tag stundenlang unermüdlich sich abspielende Reiben einer Hand an der andern. (S. auch oben unter „Impulsive Bewegungen und Handlungen“ manche Beispiele.) —

Digitized by Google

Die vorgetragene Auffassung würde das Irresein in höherem Grade den mechanisch begreiflichen Processen anreihen. Die psychologische Beobachtung ist nur in nicht befriedigendem Grade im Stande die Pathogenese der Seelenstörung zu entwickeln. Vielleicht können wir sie auf dem angedeuteten Wege etwas fester fassen. Eine schwierige und nicht zu umgehende Aufgabe würde freilich immer die Untersuchung bleiben, wie es komme, dass — jene subordinirten Ausgangspunkte des Irreseins vorausgesetzt — sich nun eben diese bestimmten Veränderungen des Empfindens, Vorstellens, Wollens bilden, die in so verschiedenen Erscheinungen bei den verschiedenen Individuen zu Tage treten[1]). Die Forderung des Individualisirens ist eine der wichtigsten in der Psychiatrie und auch für die „Makropsychologie" bleibt Raum genug.

Zur Erklärung der elementaren Vorgänge im psychischen Leben ist die mechanische Auffassungsweise mehr heranzuziehen, als gewöhnlich geschieht, und es sind die elementaren Vorgänge, auf deren Störung gewiss wesentlich das Irresein beruht.

Die von uns vorgetragene Auffassung hat, wie wir glauben, auch practisch eine nicht zu unterschätzende Bedeutung.

Für die practische Psychiatrie ist der Fundamentalsatz der, dass die Irren schlechterdings nicht verantwortlich sind. Nur wem dieser Satz in succum et sanguinem übergegangen ist, wer gar nicht anders kann als ihn zur Richtschnur machen und zur Anwendung bringen, wird die Kranken richtig beurtheilen und behandeln.

In dieser Auffassung wurzeln ebenso die nimmermüde Geduld und warme Theilnahme wie die im Interesse der Kranken erforderliche Energie.

Dem Satze, dass die Irren nicht als verantwortlich betrachtet werden dürfen, werden die meisten Irrenärzte zustimmen, für die practische Bethätigung aber ist es gewiss eine wesentliche Unterstützung, wenn von der Anschauung ausgegangen wird, dass bei den Erscheinungen des Irreseins es sich um mechanisch ausgelöste Processe handle.

Sind die Vorgänge rein psychischer Natur, so liegt die Gefahr immer nahe den Kranken gegenüber von den beim gesunden

[1]) Dies unbeschadet der oben erwähnten relativen Gleichförmigkeit vieler Erscheinungen.

Digitized by Google

psychischen Leben gemachten Erfahrungen auszugehen, wohl auch entsprechende Forderungen zu stellen. Man macht eigenthümliche Erfahrungen, nicht nur bei Laien.

Handelt es sich um organischen Zwang, so machen wir den Irren für seine Wahnvorstellung oder seinen Affect ebensowenig verantwortlich wie den Phthisiker für seinen Husten.

Eine derartige Anschauungsweise ist dann nothwendig gegeben, wenn es sich um einen Krankheitzustand handelt, der die beim bewussten psychischen Geschehen fungirenden Theile des Centralnervensystemes primär nicht betrifft, in diesen aber secundär als mechanisch bedingte Schädlichkeit zur Erscheinung kommt.

Digitized by Google

Die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Mit weiteren Bemerkungen über diese.

Von

Dr. J. L. A. Koch,
Director der Staatsirrenanstalt Zwiefalten.

Bekanntlich ist in der Psychiatrie der Laien nichts fixer als die Vorstellung von der „fixen Idee". Dabei spielen in dieser Psychiatrie die fixen Ideen vielfach eine fast freundliche oder doch eine ziemlich harmlose Rolle, so etwa die Rolle eines wenn nicht gütigen, so doch wenigstens unschädlichen, oft nahezu liebenswürdigen, neckisch-heiteren kleinen Hauskobolds. Jedenfalls aber ist die Familie meist ganz beruhigt, wenn das geliebte Familienmitglied mehr nicht als „blos" eine fixe Idee hat, d. h. so eine kleine isolirte närrische Vorstellung, die bei dem sonst normalen und vortrefflichen Menschen nur so nebenherlaufe, fix bezüglich ihrer Andauer und fix bezüglich ihres Inhalts.

Die Zeit ist aber noch nicht lange her, dass auch Aerzte ganz glücklich waren und es mit unschuldigem Lächeln aufnahmen, wenn der geehrte Patient blos an einer fixen Idee litt, vorausgesetzt dass diese nicht von der Art war, dass sie gelegentlich zu unliebsamen Handlungen führte. Später ist das anders geworden. Es wurde von den Aerzten die Lehre allgemeiner erfasst, dass wenn man etwas schärfer zusehe und auch die leibliche Seite der Menschen mit den fixen Ideen in's Auge fasse, dass es dann mit dem „Blos" dieser Ideen recht windig aussehe, dass es sich bei solchen Dingen nicht blos um eine kleine, unschuldige und für sich bestehende, liebenswürdige oder unliebenswürdige Schrulle

Digitized by Google

handle, sondern um eine recht ernst zu nehmende Organerkrankung. — An der Auffassung haben aber selbst die spezialistisch in der Psychiatrie geschulten Aerzte nicht gerüttelt, dass es fixe Ideen gebe, Wahnvorstellungen, die als ein symtomatischer Ausdruck eines verbreiteten und chronischen krankhaften Hirnzustandes fix seien bezüglich ihrer Andauer und bezüglich ihres concreten Inhalts.

Dieser Auffassung muss ich nun auch noch entgegentreten. Es thut mir leid für die fixen Ideen; aber den Charakter des Fixseins kann ich ihnen nicht zugestehen; ja ich halte die Variabilität und das Variiren recht für einen Grundcharakter der Wahnvorstellung, und zwar jeder Art von Wahnvorstellung, und auch der Wahrnehmungswahnvorstellung, der Sinnestäuschung (und auch noch mancher anderen Störungen im Nervenleben).

Es geht bei diesen Dingen zu wie bei den Träumen, in denen sich einem unter der Hand und unvermerkt Gegenstände und Situation verwandeln, während man dies selbst für ganz natürlich und selbstverständlich hält, wenn man es sich überhaupt speziell zum Bewusstsein bringt. Da geht man im Traum irgendwo mit einem Freunde spazieren, ehe man sich aber dessen versieht und ohne dass man sich weitere Gedanken darüber macht, geht man nicht mehr zu Fuss, sondern fährt man in einem Wagen und ist man vielleicht zugleich einige Stunden oder auch ein paar tausend Meilen von dem Orte entfernt, an welchem man sich soeben noch befunden hatte. Dabei variirt (oder schillert auch nur) der Wagen in allen möglichen Bauarten, vom eleganten Landauer an bis zur austapezierten Kiste. Ein andermal wird der Wagen zum Schiff, ein Bach zum Meer. Die Züge des Freundes, der bei uns ist, seine Gestalt, seine ganze Person verändern sich, oder unversehens sind statt seiner der Menschen mehrere in unserer Begleitung. Was vorher ein Mann war, ist später wohl auch eine Frau und dergleichen mehr. Da bringt einem ja oft fast jede Nacht Beispiele genug und Beispiele der verschiedensten Art.

Ich sage, es geht bei Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bezüglich des Vorkommens der Variabilität nicht anders her als bei den Träumen, und ich glaube, dass man sagen darf: bei allen Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen ohne Ausnahme. Auch bei den Zwangsvorstellungen verhält es sich nicht anders. Nämlich überall, wenn der betreffende Zustand verhältnissmässig

Digitized by Google

lange genug andauert und nicht etwa gar nur eine ganz vorübergehende und isolirte Erscheinung bildet.

Im einzelnen bestehen dann freilich grosse Unterschiede hinsichtlich des Variirens der Wahnvorstellungen u. s. w. Ein ungemein rasches und wechselndes Auftauchen und Vorüberziehen der verschiedensten Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen nicht nur, sondern gleichzeitig auch ein rasches Sichverändern, ein lebhaftes Variiren einzelner Wahnvorstellungen und einzelner Sinnestäuschungen ist z. B. bei den Fieberdelirien zu beobachten, die mit allgemeiner deliranter Besinnungslosigkeit[1]) verbunden sind. Anders

[1]) Den Ausdruck allgemeine delirante Besinnungslosigkeit möchte ich vorschlagen zur Bezeichnung derjenigen Zustände, welche ich bisher als „Zustände sogenannter Bewusstlosigkeit" bezeichnet habe. Man wird, wenn man sich jenes positiven Ausdrucks für die mit Bewusstsein verbundenen Zustände sogenannter Bewusstlosigkeit bedient, eben den Umstand nicht vergessen, dass die hergehörigen Zustände Bewusstsein bei sich führen, dabei darf man aber auch nicht vergessen, dass bei ihnen auch nicht jegliches Sich-Besinnen fehlt. Dass ich aber mit meinen früheren eingehenden Ausführungen über diesen Gegenstand, denen neuestens wieder *Pick* ausdrücklich beigetreten ist, das Richtige getroffen habe, dürfte nun wohl ziemlich allgemein zugestanden sein. Auf einige Punkte der werthvollen *Pick*'schen Mittheilungen möchte ich gerne Zeit finden, später einmal zurückzukommen, und dabei möchte ich dann auch der Definition der deliranten Besinnungslosigkeit überhaupt und der Charakterisirung ihrer verschiedenen Arten noch näher treten. — Die allgemeine delirante Besinnungslosigkeit kann so weit gehen, dass in derselben alle Besonnenheit und nahezu jeder richtige Rapport mit der Aussenwelt und mit dem objectiven, normalen eigenen Ich verloren gegangen ist, während gleichwohl das Bewusstsein einen Inhalt hat und sogar einen sehr reichen Inhalt haben kann. Diese total überwältigende allgemeine delirante Besinnungslosigkeit kann von recht stürmischen Erscheinungen begleitet sein, wie bei den Fieberdelirien, manchen epileptischen Zuständen, der Schlaftrunkenheit, bei pathologischen Affect- und Rauschzuständen u. s. w. Sie kann aber auch ohne solche stürmische Erscheinungen einhergehen, so bei manchen Zuständen sogenannten alternirenden Bewusstseins. Der (relativ) allgemeinen deliranten Besinnungslosigkeit gegenüber steht die (relativ) partielle delirante Besinnungslosigkeit, wie sie bei den mit Wahnvorstellungen verbundenen psychischen Störungen im engeren Sinne vorhanden ist. Die delirante Besinnungslosigkeit ist das tertium comparationis für beide Reihen von Zuständen, auf das ich früher schon hingedeutet habe (und auch noch für Vorkommnisse beim Träumen). — Eine partielle Besinnungslosigkeit anzunehmen,

Digitized by Google

ist es wiederum und weniger stürmisch geht es zu bei den Erklärungswahnvorstellungen, wie sie z. B. in melancholischen Zuständen vorkommen, wo das Vorhandensein bestimmter Anomalien im sensiblen Nervensystem, in der Stimmung etc. Anlass wird eben zu erklärenden Wahnvorstellungen. Anders verhält es sich vor allem bei den Wahnvorstellungen der Verrückten[1]), die ja vornehmlich das Contingent der sogenannten fixen Ideen liefern und deshalb hier auch vornehmlich in Betracht kommen.

Man verfolge einmal einzelne Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen der Verrückten. Da wird man überall auf deren Variabilität stossen. Zuerst kam etwa die Stimme aus weiter Ferne, dann aus grösserer Nähe; bald waren es drei, die sprachen, bald wieder nur zwei; früher war die eine Stimme besonders laut, jetzt ist sie leise geworden u. s. w. Und nicht weniger varriirt auch der Inhalt des Gehörten. Und auch bei den Wahnvorstellungen der Verrückten geht es zu wie in den Träumen, wenn auch (bei ihnen wie bei den Sinnestäuschungen) im allgemeinen mit langsameren Verwandlungen. Dies tritt desto deutlicher zu Tage, einen je grösseren Inhalt die betreffende Idee hat, und damit hängt es zusammen, dass man den ganzen Detailzusammenhang und den vollen Inhalt eines auch nur etwas complicirteren Wahnsystems meist gar nicht genügend zusammenfindet. Entweder bin ich ein schlechterer Beobachter und Examinator, als ich zu sein

---

ist man aber berechtigt, während von einer partiellen Bewusstlosigkeit zu reden ein Unding wäre. — Ich musste diese und andere Bemerkungen mit Rücksicht auf den Context der übrigen Abhandlung in Anmerkungen verlegen, möchte sie aber dadurch in keiner Weise dem gegenüber degradiren, was ich sonst vorzutragen habe.

[1]) Ich constatire mit Befriedigung, dass unlängst auch *Jastrowitz* dafür plädirt hat, das Epitheton „primäre" bei der Verrücktheit fallen zu lassen, weil es keine secundäre Verrücktheit giebt (vergl. frühere Auseinandersetzungen von mir und *Pelman*'s zustimmende Bemerkungen zu denselben). Von „primärer" Verrücktheit zu reden hätte nur dann noch einen Sinn, wenn man mit dem Worte „primär" der Lehre Ausdruck geben wollte, dass die Verrücktheit sich primär entwickelt. Nachdem aber die *Snell*'sche Anschauung bezüglich der Verrücktheit überall durchgedrungen ist, braucht man ebensowenig mehr „primäre Verrücktheit" zu sagen, als man sich bei primärem Entstandensein des betreffenden Zustandes des Ausdrucks primäre Melancholie bedient.

Digitized by Google

wünschte, oder es geht Anderen auch so, dass sie in vielen Fällen das Wahnsystem des Verrückten ohne eigene Willkürlichkeit, ohne der Sache beim Examiniren Zwang anzuthun, gar nicht recht heraus- und zusammenbekommen können. Immer wieder kommt ein Widerspruch zu Tage, immer wieder klappt die eine Darstellung der Sache nicht völlig auf die andere. Die gleiche Geschichte wird heute so und morgen so, ja in dieser Minute so und in der nächsten wieder anders erzählt. Da haben theils dunkel anklingende Vorstellungen noch keine rechte Gestalt gewonnen, theils aber variirt den Kranken die Sache unter den Händen, verändert sich ihnen die Sache, während sie dieselbe darstellen und erzählen sollen. Ja, manchmal variirt nicht nur etwa eine Wahnvorstellung rasch hin und her, sondern sie schillert zugleich in verschiedenen Farben und kann auch von intelligenten Kranken nicht ohne fortwährendes Variiren dargestellt werden. So können wir aber auch im Traum z. B. mit einer Person zusammensein, die in raschem Oscilliren oder auch gleichzeitig ein bestimmter Freund, unser Vater und ein früherer Lehrer ist.

Also auch die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen speciell der Verrückten nehmen Theil an dem Charakter der Variabilität, und desto auffälliger, je verbreiteter sie sind. Vorhanden ist die Variabilität auch bei solchen Wahnvorstellungen Verrückter, die recht „partiell“ beschränkt sind, wie man das früher ausgedrückt hat. („Allgemein“ verrückt ist übrigens nebenbei gesagt auch der Allerverrückteste in Wahrheit niemals gewesen.) Und auch bei solchen Verrückten ist die gedachte Variabilität vorhanden, wo „blos noch“ eine „fixe Idee“ übrig geblieben ist, d. h. bei geistig schwach gewordenen, die nun noch einige Wahnvorstellungen herumschleppen und dabei entweder, wie man das euphemistisch auszudrücken liebt „gebessert“ oder aber „unheilbar“, d. h. tiefer blödsinnig sind, aber doch ihre Wahnvorstellungen noch in einer Weise festhalten und äussern, die immer noch von einigem activem Leben und Erfassen zeugt, während bei andern Blödsinnszuständen die betreffenden Worte rein als gänzlich unverstandene Laute mechanisch festgehalten worden sind.

Mit dem bisher Gesagten ist nun aber — was noch ausdrücklich constatirt werden soll — keineswegs behauptet, dass die Varia-

Digitized by Google

bilität der Wahnvorstellungen u. s. w. bei Verrückten oder sonst irgendwo völlig in's Ungemessene und Aschgraue gehe. Speciell bei den Verrückten bleibt nicht nur das Grundthema des Wahns meist längere Zeit das gleiche, bleibt nicht nur die Axe fix, um welche sich die einzelnen Wahnvorstellungen drehen, sondern hält sich auch der concrete Inhalt der einzelnen Wahnvorstellung oft geraume Zeit hindurch ganz oder ziemlich fix. Doch aber wird es keinen Fall von Verrücktheit geben oder gegeben haben, bei dem während seiner ganzen Andauer auch nur eine Einzelwahnvorstellung völlig unverändert geblieben wäre, wenn nur der Kranke lange genug das Leben hatte. So kann z. B. bei einem Verrückten die Vorstellung, Gottes Sohn zu sein, lange anhalten, ja sogar die Vorstellung, derjenige Sohn Gottes zu sein, welcher vor achtzehnhundert Jahren in die Welt kam; aber über kurz oder lang verändert sich die Sache denn doch und oft recht erheblich. Der betreffende Kranke wird etwa zu einem zweiten Messias neben dem ersten oder es ist jener in ihn übergegangen, und zwar übergegangen jetzt vor der Geburt des Kranken, dann nach derselben, laut der einen Darstellung auf diese, nach der andern Darstellung auf jene Weise. Wieder an einem neuen Tag ist der Kranke Gott selbst, und am nächsten vielleicht wieder der Sohn u. s. w. Ein anderer Kranker ist von hoher Abkunft. Lange Zeit war es ihm zweifellos, dass er ein österreichischer Prinz sei; eines Tages aber überrascht er den Arzt mit der Mittheilung, dass er von dem württembergischen Fürstenhause abstamme, dann wieder kommt er von Louis Philipp oder Napoleon I. her, jetzt auf gewöhnlichem Wege von einem der beiden, später von beiden zugleich zufolge einer ganz wunderbaren, neuen Art von Zeugung und Geburt, und dann wieder von einem derselben allein. Solche und ähnliche Beispiele bieten sich jedem, der darauf achtet, in Fülle dar, und beim Verfolgungswahn noch mehr als beim Grössenwahn.

Es wäre gewiss von grossem Interesse, unsere ganze Angelegenheit mit Rücksicht auf die verschiedenen Arten von Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen jeweils noch gesondert zu untersuchen. Da wird es im einzelnen einen Unterschied machen, ob die Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen autochthon entstanden sind oder reflectorisch, ob ferner durch directe Erregung

Digitized by Google

oder zufolge des Nachlassens oder Ausfallens von Hemmungseinrichtungen[1]).

Die Sinnestäuschungen, d. h. die Wahrnehmungswahnvorstellungen, haben als Vorstellungen letztlich gewiss an keinem

---

[1]) Ich habe schon früher und meines Wissens zuerst auf die wichtige Rolle im Allgemeinen hingewiesen, welche bezüglich der Wahnvorstellungen und der Wahrnehmungswahnvorstellungen (Sinnestäuschungen) der Ausfall an Thätigkeit hemmender Partien des Gehirns spielen werde (cf. meine Abhandlung „Ueber das Bewusstsein in Zuständen sogenannter Bewusstlosigkeit" S. 25 f.), verkenne übrigens auch heute noch nicht, dass es sich dabei immer noch vielfach um zunächst nur hypothetische Annahmen handelt. Nach mir hat auch *Meynert* für einschlägige Erscheinungen einen Hemmungsmangel angenommen, und er hat speciell bei der von ihm an bestimmte Orte localisirten reizbaren Schwäche den Hemmungsmangel in die Rinde des Vorderhirns, die zugehörigen Reizerscheinungen aber in infracorticale Centren verlegt. Den Gedanken solcher Localisation der reizbaren Schwäche konnte ich meinestheils nur für einen fruchtbaren Gedanken halten, wenn ich auch nicht allen Einzelheiten seiner speciellen Gestaltung, beziehungsweise der betreffenden Aufstellungen überhaupt zuzustimmen vermochte, namentlich nicht *Meynert's* Auffassung von einem Versagen des logischen Apparates den Wahnvorstellungen gegenüber (cf. meine erste Abhandlung über die Verrücktheit und meine Abhandlung über das Gedächtniss). Ich beabsichtige übrigens für jetzt nicht, auf alle Einzelheiten dieser Frage speciell einzugehen und früher beigebrachte Argumente zu wiederholen. Nur der Ansicht möchte ich heute schon Ausdruck geben, dass *Meynert's* concretes Schema der Localisation auch so, wie es sich neuestens gestaltet hat, einerseits überhaupt nicht auf alle betreffenden Fälle anwendbar und andererseits (nämlich für die Gesammtheit der Fälle, welche Hemmungsmangel bei sich führen) auch wieder zu eng sein dürfte. Ich hoffe später einmal noch ausführlicher auf diese Dinge zurückkommen zu können, und dabei die zahlreichen Notizen zu verwerthen und die Beispiele, Kennzeichen etc. beizubringen, welche ich schon vor Jahren über die in Rede stehenden und über motorische Abnormitäten gemacht und gesammelt habe, für welche ähnliche Erwägungen in Betracht kommen! Mit Rücksicht auf den Ausfall und die Wirkung hemmender Einrichtungen sind auch wieder die den eben gedachten parallel gehenden Erscheinungen bei den Träumen in's Auge zu fassen. So kann man bekanntlich während des Einschlafens die Erfahrung machen, dass eine Gestalt, ein Gesicht oder dergl. immer plastischer vor einem heraustritt, solche Erscheinung aber sofort wieder verschwindet, wenn man nun wirklich wach wird, d. h. wenn die Besinnung, beziehungsweise die Besonnenheit wieder zurückkehrt.

Digitized by Google

anderen Orte des Gehirns ihre anatomisch-physiologische Grundlage, als da, wo sie schliesslich auch die normalen Wahrnehmungsvorstellungen (als Vorstellungen) haben, also jedenfalls in der Hirnrinde. Diese bedarf aber, damit die Wahrnehmungsvorstellungen, ebenso damit die Wahrnehmungswahnvorstellungen sinnlichen Gehalt erlangen, der Mitwirkung subcorticaler Apparate. Hierin hat *Meynert* ohne Zweifel recht. Der Anlass aber zur Entstehung von Sinnestäuschungen und der Weg, auf welchem sie zu Stande kommen, ist wohl sicher nicht immer der gleiche.

Hallucinationen nun möchte ich solche Sinnestäuschungen nennen, und blos solche Sinnestäuschungen nennen, für welche der erste Anlass der Entstehung in den letzten Wahrnehmungsvorstellungscentren selbst oder auch in anderen, ihnen anatomisch gleichwerthigen letzten Centren liegt. Zu den Hallucinationen würde ich demgemäss diejenigen Sinnestäuschungen nicht rechnen, welche die einzigen sind, welche *Meynert* annimmt, und deren Anlass doch wohl der neben der Schwäche im Vorderhirn bestehende Reizzustand in infracorticalen Centren sein wird. Die Sinnestäuschungen, bei welchen die concrete *Meynert*'sche Localisation zutrifft, würde ich vielmehr den centralen Illusionen beizählen (s. u.). Soweit aber *Meynert* annimmt, dass, wenn Sinnestäuschungen vorhanden seien, eine krankhafte Erregung in infracorticalen Centren (neben der Schwäche im Vorderhirn) bestehe, so ist dagegen doch darauf aufmerksam zu machen, dass bei der betreffenden Gelegenheit nicht in allen Fällen nothwendig ein besonderer krankhafter Reizzustand in infracorticalen Centren wird vorhanden sein müssen, wenn Sinnestäuschungen sollen zu Stande kommen können. Wenn in infracorticalen Centren ganz nur das vor sich geht, was der Norm gemäss dort geschieht, und gar kein absoluter Reizvorgang, keine über das richtige Maass gehende Erregung, sondern nur das gewöhnliche physiologische Geschehen in ihnen stattfindet, so sind sie ja einem positiv geschwächten Cortex gegenüber doch schon relativ erregt. Ja, es könnte geschehen, dass Rinde und subcorticale Centren beide gleichzeitig geschwächt wären, und doch die Thätigkeit der letzteren noch vorschlagen würde über die Thätigkeit der eben noch mehr geschwächten Rinde. Und Derartiges wird auch wirklich geschehen bei den Sinnestäuschungen des Traumes und vielleicht auch bei denen mancher Fieberdelirien.

Digitized by Google

Ob mehr für oder gegen das Bestehen eines Reizes in infracorticalen Centren der singuläre Charakter sprechen mag, mit welchem manche Sinnestäuschungen andauern, das möchte ich vorerst nicht entscheiden. Jedenfalls aber glaube ich nicht daran zweifeln zu dürfen, dass auch durch directe Erregung (nicht Schwäche) letzter Centren Sinnestäuschungen, und zwar Hallucinationen, veranlasst werden können und werden, nur dass sie also ihren sinnlichen Gehalt immer in niedereren Centren schöpfen müssen, durch ein Geschehen mithin schöpfen müssen, das wieder rückläufig wirkt. Hallucinationen aber sind sie dann eben deshalb, weil ihr erster Weg zur Peripherie geht, während sie nämlich jenen sinnlichen Gehalt schöpfen. Die gedachte directe Erregung in der Rinde kann aber in den Wahrnehmungsvorstellungscentren entweder autochthon stattfinden oder nur reflectorisch geweckt werden von anderen letzten Centren her. Eine hierher gehörige Hallucination ist es aber z. B., wenn eine Kranke, der *Köppe* gesagt hat, er sehe dort diese oder jene Person, und die er gefragt hat, ob sie dieselbe nicht auch sehe, nun die betreffende Person nach einiger Zeit wirklich am bezeichneten Orte erblickt.

Während nun aber der erste Anlass für das Entstehen einer Hallucination nur in der Rinde des Grosshirns liegt, ist dies bei den Illusionen nicht der Fall, wenn diese auch als Wahrnehmungswahnvorstellungen selbstverständlich ebenfalls nicht zu Stande kommen können ohne die Thätigkeit der Rinde, und wenn es auch ganz gewiss ist, dass, wenn eine Täuschung zu Stande kommen, wenn etwas, das wirklich nicht so ist, aufgefasst werden soll, als ob es wirklich so wäre, beziehungsweise wenn die Täuschung nicht als Täuschung erkannt werden kann, dass es dann in der Rinde fehlen muss. Diese Bemerkung gilt für die Illusion wie für die Hallucination (und die Wahnvorstellung). Da müssen wiederum (wie ich schon in früheren Arbeiten auseinandergesetzt habe) controllirende und hemmende Einrichtungen unwirksam werden, muss es an der Besonnenheit oder der Besinnung fehlen, wenn subjective Sinneswahrnehmungen (und wenn krankhafte Vorstellungen) nicht als solche erkannt werden können, sondern zu Wahrnehmungswahnvorstellungen (und zu Wahnvorstellungen) werden. An das parallel gehende Verhalten bei Träumen brauche ich nur kurz zu erinnern.

Digitized by Google

Ich sage, es verhält sich bei den Illusionen anders als bei den Hallucinationen. Bei ihnen (den Illusionen) liegt der erste Anlass für ihre Entstehung absolut oder relativ peripher. Bei ihnen geht der erste Weg des Geschehens von der Peripherie zum Centrum. Sie würden nicht entstehen ohne primären peripheren Anlass, wie die Hallucinationen nicht entstehen würden ohne primären centralen Anlass. Der periphere Anlass der Illusionen (die in ihrer Art auch wieder autochthon oder reflectorisch entstehen können, und reflectorisch auch wieder durch die Wirkung sensibler Hirnpartien auf sensible) kann aber intracerebral sein oder extracerebral, und im ersten Falle wieder peripher oder (relativ) central. Der extracerebrale Anlass ist ein Gegenstand der Aussenwelt, welcher zunächst auf den peripheren Endapparat des betreffenden Nerven einwirkt, der intracerebrale oder wenigstens innerhalb des Körpers gelegene ist peripher, wenn er (etwa eine Geschwulst oder ein Fremdkörper) den Endapparat des Nerven oder den zuleitenden Nerven in seinem Faserverlaufe trifft, (relativ) central, wenn er in vorbereitenden, coordinirenden subcorticalen Centren, also nur relativ peripher liegt.

Man sieht leicht, dass ich zu den Illusionen noch andere, Sinnestäuschungen rechne, als man bisher zu ihnen gezählt hat und dass, was man bisher Illusion genannt hat, nur mit derjenigen der von mir aufgestellten Illusionen sich deckt, deren Eintreten seinen Anlass (wenn auch nicht seinen Grund) extracerebral hat. Man versteht es nun aber auch, warum ich diejenigen Hallucinationen, welche nach *Meynert*'s Auffassung die einzigen Sinnestäuschungen sind, welche vorkommen, centrale Illusionen nennen möchte.

Was nun diejenigen Illusionen speciell betrifft, welche man bisher allein als Illusionen bezeichnete, so hat ihnen *Meynert* den Charakter der Sinnestäuschung völlig bestritten. Er hält sie ohne Ausnahme für Wahnvorstellungen. Ich glaube, nicht mit Recht. Zu der Annahme, dass man ungemein häufig Wahnvorstellungen mit Illusionen verwechsele, stimmen auch meine Aufzeichnungen. Dabei muss ich aber doch an der Auffassung festhalten, dass es Sinnestäuschungen giebt, welche auf einen von aussen kommenden Sinnesreiz hin eintreten, ohne einen solchen nicht eintreten würden, und welche die Merkmale dessen tragen, was man nach bisheriger

Digitized by Google

Gewohnheit als Illusion bezeichnen muss. — Eine Illusion im alten Sinne ist es wohl zweifellos, wenn jemand — ich habe die betreffenden Fälle erlebt — sieht, wie ein gemaltes Gesicht die Augen rollt und wiederholt die Zunge vor- und zurückstreckt, wenn jemand durch die sonderbaren Augen geängstigt wird, mit welchen ihn vorbeifliegende Vögel anblicken, wenn ein Crucifix dem Kranken mit den Armen winkt, wenn ein Epileptiker einen sich ihm Nahenden für ein Ungeheuer ansieht, wenn jemand aus verworrenen Geräuschen bestimmte Worte heraushört, die er sonst nicht vernimmt. Die letztgedachte Erscheinung erinnert mich an den Umstand, dass mancher übrigens gesunde Mensch nach einer durchwachten Nacht, oder wenn er sonst angegriffen ist, aus dem Rädergerassel der Bahnzüge immer wieder und oft sehr deutlich und sinnlich die gleiche Melodie oder bestimmte rhythmische Worte heraushören muss, eine Melodie und Worte, die ihm ohne Wagengerassel nicht so sinnlich gegenständlich wurden und werden. Dies gemahnt dann wieder an das auch unter ganz normalen Verhältnissen vorkommende Heraussehen oder Hineinsehen von allerlei Gestalten, Gesichtszügen u. s. w. aus Wolken oder in Wolken, Farbenklekse und dergl. Und dies ruft das bekannte, mehr pathologische Vorkommniss mit dem vermeintlichen Gespenst des verstorbenen Schiffskochs in's Gedächtniss zurück.

Wollte man aber auch noch von den angeführten Beispielen, denen sich noch viele andere anreihen liessen, das mit den seltsamen Augen der Vögel etwa als eine wahnhafte Ausdeutung ansprechen, so handelt es sich doch bei den anderen sicher um Sinnestäuschungen (Wahrnehmungswahnvorstellungen). Eher noch, als dass man sie auch als Wahnvorstellungen deuten dürfte, könnte man sie, nicht als Illusionen, sondern als Hallucinationen (im bisherigen Sinne) ansprechen wollen. Allein es ist für die Auffassung derselben als Illusionen der Umstand von entscheidender Bedeutung, dass die betreffenden Sinnestäuschungen nicht auftreten ohne die Unterlage eines in der Aussenwelt gegebenen Gegenstandes, ferner dass dieser sinnlich anders aufgefasst wird als er in Wahrheit aufgefasst werden müsste, und dass der erste Weg, welchen der Anlass ihrer Entstehung nimmt, von der Peripherie zum Centrum geht.

Auch die Wahnvorstellungen s. str. entstehen wie erwähnt

Digitized by Google

entweder autochthon oder reflectorisch, reflectorisch z. B. die erklärenden Wahnvorstellungen der Melancholiker. Sie können wieder entstehen zufolge directer Erregung oder zufolge eines Hemmungsmangels. Man kann bei ihnen unterscheiden wenn man so will hallucinatorische Wahnvorstellungen und illusorische, was aber nicht heisst, dass die betreffenden Wahnvorstellungen entweder durch Hallucinationen oder durch Illusionen hervorgerufen worden seien. Ihre unmittelbare anatomisch-physiologische Grundlage finden die einen wie die andern in letzten Centren, wo sie auch die richtigen Vorstellungen haben; für die hallucinatorische Wahnvorstellung aber (die als Erinnerungs- und als Einbildungswahnvorstellung vorkommt) liegt der erste Anlass in der abnormen Beschaffenheit und Thätigkeit solcher letzten Centren selbst, während der erste Anlass für die illusorische Wahnvorstellung (ohne den sie nicht zu Stande käme) absolut oder relativ von der Peripherie kommt. Der erste Anstoss für die illusorische Wahnvorstellung kommt aber absolut von der Peripherie her, wenn er in einem Ereigniss liegt, welches in der Aussenwelt vor sich geht, oder in einem Gegenstande, welcher sich dort befindet. Wahnvorstellungen aber, die in der letztgedachten Weise veranlasst werden, hält man ganz gewiss sehr gewöhnlich irrigerweise für Illusionen. — Also auch bezüglich der Wahnvorstellungen wird man sich hüten müssen, ein einziges und einseitiges Schema für den Hergang bei der Sache zu Grunde zu legen. Da kommen gewiss die mannigfachsten Combinationen vor von absoluter und relativer Hemmung, absoluten und relativen Erregungszuständen, von Reflexen verschiedener Art und Bedeutung u. s. w.

Es sollte mich freuen, wenn die soeben vorgetragenen Erwägungen auch von Andern geprüft, und falls sie etwa nicht in allen Stücken sollten als richtig befunden werden können, dann doch den Anstoss geben würden zu richtigeren Aufstellungen. Ich gehe nun noch zu einem anderen Gegenstand über.

Schon zu einer Zeit, da man Derartiges nicht gerne hörte, und seither wiederholt habe ich der Ueberzeugung Ausdruck verliehen, dass man die Verrücktheit in einem allzu rosigen Lichte betrachte, wenn man annehme, dass sie de potiori heilbar zu nennen sei, und dass sie jedenfalls nicht zu geistiger Schwäche führe, und beziehungsweise keinerlei geistige Schwäche bei sich

Digitized by Google

habe. Nun, man ist inzwischen nüchterner geworden, und erst neuerdings wieder hat ein besonnener und geübter Forscher, *Jastrowitz*, der Auffassung zugestimmt, wonach auch die Verrücktheit zu psychischer Schwäche führt. Sie thut das freilich nicht immer rasch und nicht immer hochgradig. Doch führt sie, wie ich auch schon früher speciell hervorgehoben habe, meist verhältnissmässig bald zu einer Schwäche auf den Gebieten des Gefühlslebens und des Wollens.

Hierauf wollte ich übrigens nicht näher eingehen. Ich habe aber in früheren Arbeiten auch darauf aufmerksam gemacht, dass man bei Verrückten oft gleich von Anfang an und jedenfalls lange ehe von psychischer Schwäche im gewöhnlichen Sinne bei ihnen die Rede ist, die Erscheinung finden kann, dass die durch ihre Wahnvorstellungen (secundär) hervorgerufenen Gefühle und Willensreactionen bezüglich ihrer Qualität und Stärke keineswegs in einem richtigen Verhältnisse stehen eben zu den sie veranlassenden Wahnvorstellungen. Der Wahn der Verrückten macht vielfach schon von vornherein nicht den rechten Eindruck auf sie, macht jedenfalls nicht den Eindruck, ruft in ihnen nicht die Reaction hervor, welche man erwarten sollte und bei einem gesunden Menschen sicher erleben würde, wenn ihm das wirklich passirt wäre oder passiren würde, was der Verrückte glaubt, dass ihm widerfahren sei oder widerfahre, wenn er wirklich so verfolgt und gequält würde, als der Verrückte verfolgt und gequält zu sein vermeint, oder wenn er wirklich die hohe Person wäre, für welche sich der Verrückte hält. — Auch dies ist ganz analog den Vorkommnissen bei Träumen. Wir erleben ein Unglück im Traume, wir machen Ereignisse und Schmerzen durch, welche uns, im wachen Zustande wirklich erlebt, in die grösste Aufregung versetzen würden. Im Traume aber, wenn sie uns auch unangenehm sind, lassen sie uns doch im tiefsten Inneren ziemlich unberührt, erfahren sie jedenfalls nicht die Gefühlsbetonung, welche ihnen nach Maassgabe unserer wirklichen Natur eigentlich zukommen müsste, es sei denn, dass einem Traume bei vorhandener Unpässlichkeit oder dergl. ein Zug solcher Delirien anhaftet, bei denen die betreffende Gefühlsbetonung sogar das Maass überschreiten kann.

Man kann bei Verrückten sogar finden, dass der Grössenwahn

Digitized by Google

weniger stark von den bezüglichen Gefühlen begleitet wird und weniger starke motorische Reactionen hervorruft, als der neben ihm bestehende gegründete Stolz auf unbedeutendere Dinge als der Wahn einschliesst, ebenso dass die Vorstellungen, welche ein böser Verfolgungswahn enthält, gemüthlich weniger tief gehen und wirken als die gleichzeitig vorhandene gegründete Sorge des Verrückten um Amt, Familie, Besitz und dergl.[1])

In solchen Fällen gehen aber auch sehr häufig — man entschuldige, wenn ich auch hierauf schon früher aufmerksam gemacht habe — zwei Vorstellungsreihen ganz verträglich neben einander her, welche sich eigentlich nicht mit einander vertragen sollten, so z. B. die Vorstellungsreihe, welche dem Wahne gemäss ist, Gott und Herr über alles zu sein, und die Vorstellungsreihe, welche der bescheidenen Wirklichkeit entspricht, dass man ein Tagelöhner oder Bauer ist.

Auch hierzu wiederum bieten die Träume analoge Erfahrungen. Ich träume z. B. ab und zu einmal den Traum, dass ich die Abiturientenprüfung ablegen solle, bisweilen auch den noch hundsföttischeren Traum, dass ich in die Dorfschule zu gehen, aber meine Liederverse nicht gelernt habe. In beiden Fällen aber ist mir zugleich bewusst, dass ich Anstaltsdirector bin. Bei dem erstgedachten Traume gedenke ich nicht selten auch meiner Studienzeit, nur aber so, dass ich zugleich der Meinung bin, ich habe die Abiturientenprüfung noch nachzuholen. Dabei lege ich mir dann bisweilen die Frage vor, ob ich eigentlich untauglich zum Anstaltsdirector werden würde, wenn ich die Prüfung nicht mit Erfolg bestehen sollte (was ja einem Anstaltsdirector unter Umständen vielleicht passiren könnte). Dieser letztere Gedanke verknüpft die bezüglichen beiden Vorstellungsreihen in richtiger Weise. Aber ich habe ihn nicht immer, und namentlich die Vorstellung, dass ich ein Schüler der Volksschule, und die, dass ich ein Anstaltsdirector sei, gehen in den betreffenden Träumen meist ganz unvermittelt gleichzeitig neben einander her. Dass andere Menschen

[1]) Wenn eine Schwäche auf dem Gebiete der Gefühle und Strebungen eingetreten ist, dann freilich wird die Gleichgiltigkeit gegen all dieses oft gross und steht der Wahn ganz im Vordergrund, wenn auch immer mit nicht-adäquater Gefühlsbetonung und Willensreaction.

Digitized by Google

ähnliche Erfahrungen machen, erfährt man leicht, wenn man sie befragt. —

Um aber zum Schlusse wieder an dem Gegenstande anzuknüpfen, von dem ich ausging, so mache ich noch darauf aufmerksam, dass man auch bei manchen neuralgischen Zuständen, manchen migräneartigen Anfällen und dergl., die lange Jahre dauern, namentlich bei solchen Zuständen hereditär belasteter Individuen ein Variiren findet. Es ändert sich da im Laufe der Zeit Qualität, Intensität, Verbreitung des Schmerzes und anderes mehr.

Digitized by Google

Ueber Degenerationserscheinungen bei Psychose [1]).

Von

San.-Rath Dr. Fraenkel,
Dir. der Heilanstalt in Bernburg.

Allen sind die Schwierigkeiten bekannt, die dem Arzte entgegenstehen, wenn er in foro als Sachverständiger über sogenannte zweifelhafte Gemüthszustände sein Gutachten abzugeben hat.

Es giebt noch heut Beispiele genug — und zwar in aller Herren Länder — wo die Vertreter des Rechtes, Juristen wie Geschworene, der ärztlichen Erfahrung zum Trotz, ihre eigene, psychologischen Vorurtheilen entnommene Anschauung in Criminalfällen ohne Rücksicht auf das ärztliche Gutachten zur Geltung bringen und Handlungen verurtheilen, von denen sie wähnen, dass die freie Selbstbestimmung nicht ausgeschlossen sei. Der Grund dafür liegt, wenn ich nicht irre, in dem zwar sehr erschütterten, aber noch immer herrschenden Glauben, dass der menschliche Geist ein vom Leibe unabhängiges und vielmehr ihn beherrschendes Wesen bilde, bezüglich dessen der philosophisch gebildete und gesunde Menschenverstand der eigentliche Sachverständige sei.

Von einem charakteristischen derartigen Fall berichtet Pf. *L. Meyer*.

Der Licent. theol. Rüsau hatte in einem Anfalle von religiösem Wahnsinn seine Frau und 4 Kinder erschlagen; zwei sachverständige Aerzte hatten ihn für wahnsinnig erklärt. Das Richtercollegium, damit nicht zufrieden, holte das Obergutachten des Dir. der Gelehrtenschule *Gurlitt* ein, der die furchtbare That für den Ausfluss von religiösem Fanatismus ausgab, eines Zustandes, wel-

[1]) Vortrag.

Digitized by Google

cher, nach der heutigen Sprechweise, in der physiologischen Breite der Gesundheit, d. h. der freien Selbstbestimmung liege, und Rüsau wurde zum Rade verurtheilt und hingerichtet. Das geschah in Hamburg, allerdings schon vor 80 Jahren, aber unter der Herrschaft des Rationalismus, des gesunden (?) Menschenverstandes. Wir brauchen indess nicht so weit zurückzugehen. Auch heutzutage findet man in den Zuchthäusern wegen grösserer oder geringerer Verbrechen Verurtheilte genug, die an angeborenem, ererbtem Schwachsinn und sogar ausgesprochenem Blödsinn leiden, Leute, die nach dem biblischen Ausdrucke, für die Sünden ihrer Väter bis in das vierte Glied büssen und häufig genug die von Geschlecht zu Geschlecht sich fortpflanzenden, oder gar accumulirten Zeichen abnormen Nerveneinflusses an sich tragen.

Wenn Etwas im Stande ist, die Abhängigkeit der Psyche vom Körper, welche in neuester Zeit in dem geflügelten Wort: Mind is body, ihren Ausdruck gefunden hat, zu bestärken, so ist es gerade jenes Zusammentreffen accumulirter Vorbildungen gewisser unscheinbarer Körpertheile mit geistigen Schwächezuständen.

Wenn anerkanntermaassen das Centralorgan, das Gehirn, an allem Heil und Unheil der Welt schuld ist, so sind folgerichtig auch die Ernährungsstörungen, die jenen zu Grunde liegen, von ihm abhängig.

In welcher Weise diese Abhängigkeit zu Stande kommt, das zu erklären, wolle man nicht von mir verlangen. Es ist ebenso schwierig, ja bei dem heutigen Stande der Wissenschaft noch schwieriger, als den in gegebenen Fällen zweifelhafter Seelenzustände verlangten mathematischen Beweis der Zusammengehörigkeit behaupteter Schwächezustände mit Gesetzesübertretungen zu führen. Daher der ewige Krieg mit den Gesetzeskundigen.

Wäre es möglich, einem Menschen, wie man zu sagen pflegt, an der Nase anzusehen, wess Geistes Kind er sei — obgleich gerade die Nase hierbei nicht die hervorragendste Rolle spielt — so hätten wir in foro gewonnenes Spiel, noch mehr, wenn wir eine Erklärung über das Warum abgeben könnten. Da das aber nicht der Fall ist, so müssen wir uns vorläufig mit der nackten Aufzählung der Merkmale begnügen, von denen wir zu wissen glauben, dass sie mit geistigen Schwächezuständen zusammentreffen.

Bekanntlich hat *Morel* die Bezeichnung Degenerescenz für

Digitized by Google

die uralte Sache eingeführt und die Typen aufgestellt, bei denen die von Geschlecht zu Geschlecht fortschreitende Degeneration zur Erscheinung kommt. Neuerlichst hat *Möbius*, auf Grund seiner interessanten Mittheilungen „über nervöse Familien" dieses bis zur Sterilität und zum Aussterben der Familien gedeihende Fortschreiten angezweifelt, es sprechen indess zu viele Beobachtungen dafür, dass ganze Geschlechter und Völkerstämme, denen nicht frisches, regenerirendes Blut zugeführt wird, körperlich und geistig degeneriren und schliesslich vom Schauplatz verschwinden. *Morel* hat pp. Merkmale als Degenerationszeichen erkannt

1. Unregelmässige Schädelbildung und Gesichtsbildung. Die rhachitische, die asymmetrische und die mikrocephale Form kommen hier vorzugsweise in Betracht.

2. Verkrüppelung und abnorme Anheftung des Ohrknorpels.

3. Abnorme Entwickelung der Oberkiefer, Wulstung der Lippen, breite, platte Nase.

4. Abnormität resp. Asymmetrie zwischen oberen und unteren Extremitäten.

5. Entwickelungshemmung der Genitalien. Sterilität.

Mit Hilfe dieser Merkmale und der psychischen Abweichungen, die sich unter den Einflüssen von Excess. in Venere et Baccho, von Noth und Elend und von ungünstigen Bodenverhältnissen durch Vererbung fortpflanzen, hat *Morel* seine Typen von Degeneration gezeichnet, die wir in höheren Graden bei den Halb- und Ganz-Cretins in den Thälern der Alpen und Pyrenäen, in den Idiotenanstalten allerorts, und in geringeren Graden in Irrenhäusern und Gefängnissen finden.

Neuropathische Eltern mit sehr wechselnden Gemüthsstimmungen von Exaltation und Depression erzeugen ein Geschlecht, in welchem neben intellectuell und charakterlich hochbegabte, schwachsinnige und moralisch und körperlich depravirte Individuen einhergehen.

Die Kinder von Alkoholisten leiden häufig an Epilepsie, Hysterie, perversen Trieben und Blödsinn; Schädelverbildung, niedrige und eingedrückte Stirn und dicke Lippen begleiten diese Form.

Noth und Nahrungsmangel der Eltern erscheint bei den Nachkommen unter der Form von Hemmungsbildungen, namentlich der Genitalien, daher Sterilität und bei Häufung der Schädlichkeiten endliches Aussterben des Geschlechts.

Digitized by Google

Cachexie und Scrophulose der Erzeuger führt den „rhachitischen Typus der Cretinen“ herbei, der in der Regel mit Struma vergesellschaftet ist.

Selbstverständlich sind der Uebergangsformen und Varietäten unzählige. Merkwürdigerweise gedenkt *Morel*, der der Verbildung des Ohrknorpels und der Gestaltung des Oberkiefers vorzugsweise Aufmerksamkeit schenkte, einer Gesichtsform nicht, welche Prof. *L. Meyer* in Göttingen (Arch. f. Psych. 1870) zuerst als progenee Schädelform beschrieben hat. Aeusserlich macht sich diese Form, die am ausgeprägtesten bei Idioten vorkommen soll, durch ein langgezogenes Gesicht, überhängende Stirn, vorgeschobenes Kinn (daher der Name) und Ueberragen der unteren Schneidezähne vor denen des Oberkiefers kenntlich, wonach *Meyer* dieselbe mit dem Halbmondgesicht in unseren Kalendern verglich.

Am Kopfskelett findet sich dabei Abplattung der Hinterhauptsmuschel, Verkürzung der Basis Cranii, Straffheit des Nackenbandes, Verschiebung des in seiner Längenentwickelung nicht gehemmten Unterkiefers nach vorn; spitzauslaufendes Kinn.

Nimmt man das Vorragen der Schneidezähne des Unterkiefers vor denen des Oberkiefers zum Kriterium für die Progeneität, so findet sich noch eine andere Schädelform, die ich[1]) beschrieben habe und die jener classischen Kopfform fast schnurstracks entgegensteht. Während bei letzterer der Körper schlank, der Kopf schmal, seine Haltung mehr oder weniger nach vorn geneigt erscheint, ist er bei letzteren rund, Oberkiefer und Kinn breit. Der Körper der Rundköpfe ist robust; sie tragen den Kopf hoch, fast hintenüber, das Gesicht frei. Auch in den Charaktereigenthümlichkeiten unterscheiden sie sich. Sind jene — d. h. die Leute, deren Intelligenz nicht zu tief gesunken ist — finster, misstrauisch und gewaltthätig, so sind diese hochfahrend, leichtlebig und händelsüchtig.

Gemeinsam ist beiden aber, soweit es sich ermitteln lässt, die ererbte neurasthenische Anlage.

Die progenee Schädelform ist bei Psychosen nicht zu häufig. Zählungen, die in grösseren Anstalten veranstaltet wurden, ergaben

[1]) Allg. Ztsch. f. Psych. 1879.

Digitized by Google

1 pCt. So in Dalldorf nach *Richter,* aber 3,2 pCt. in der Strafanstalt Waldheim (87 Geisteskranke unter 1412 Verbrechern) nach *Knecht.* Meine eigene, im Jahre 1879 bekannt gemachte, Zählung ergab von beiden Formen zusammen c. 16 pCt.; unter 24 Männern befanden sich 6 Epileptische. Um mich zu vergewissern, ob locale, für das Herzogthum Anhalt allein geltende Verhältnisse diese enorme Differenz beeinflussten, untersuchte ich neuerdings das in der Stadt Bernburg garnisonirte Bataillon und fand unter 730 Individuen im Alter von 20—30 Jahren, von denen c. 80 anderen deutschen Landestheilen angehörten, 16 unzweifelhaft Progenee, d. i. rund 2,2 pCt. (worunter beiläufig 2 von 35 Elsass-Lothringern sich befanden). Zähle ich von meinen im Jahre 1879 gefundenen 24 progeneen Männern die Alten und die runden Kopfformen ab, so bleiben noch 10 entschieden Progenee unter 120 untersuchten Männern, mithin über 8 pCt.

Wenn ich daher auf meiner Behauptung von dem öfteren Vorkommen der progeneen Schädelform bei Psychosen stehen bleibe, so kann ich aus Obigem nicht den Schluss ziehen, dass dieselbe ein specifisches Besitzthum der kleinen Anhaltischen Volkszahl sei — und halte weitere Beobachtungen für geboten. Doch will ich nicht vergessen zu erwähnen, dass nur Beispiele von progeneer Schädelform bei hochbegabten und völlig Geistesgesunden, die es bis in ihr hohes Alter geblieben, bekannt sind.

Ebendas gilt von dem vielgenannten Degenerationszeichen, dem sogenannten *Morel*'schen Ohr. Dasselbe umfasst die Henkelform, die Verbildung der Knorpel, das fehlende oder spitz zulaufende Ohrläppchen, — übermässige Grösse oder Kleinheit der Ohren und das nach oben zugespitzte Faunenohr mit dem Knötchen am oberen äusseren Rande der Helix. Es finden sich derartige Abweichungen vom normal geformten Ohre bei Psychose auf erblicher Grundlage sehr häufig, aber auch bei meinen 730 Soldaten habe ich 60 mal die Verwachsung des Ohrläppchens notirt, also in über 8 pCt. — Struma fand ich bei 3 unter 8 Frauen, aber nur 1 mal unter 24 Männern.

Von wesentlicherer Bedeutung ist die Betrachtung der Schädel- und Gesichtsbildung. — Ungleichheit leichteren Grades ist für die beiden Hälften des Schädel- und Gesichtsskeletes fast der normale Zustand. Betrachten Sie die Nähte der Schädelkapsel oder der

Digitized by Google

Basis, so werden Sie dieselben fast nirgends an Einem Punkte der Mittellinie zusammenstossen sehen; am Deutlichsten bei erhaltener Stirnnaht, ebenso bei wilden Thieren und sogar bei Petrefacten von Sauriern. Meist ist die linke Schädelhälfte beim Menschen, entsprechend der bekannten grösseren Entwickelung der linken Hirnhälfte bei Rechtshändigen, — die entwickeltere; bei Linkshändigen soll es die rechte sein. Höhere Grade von Schiefheit des Schädels- und Gesichtsskeletes finde ich besonders bei erblich belasteten Frauen, die an Verrücktheit leiden. *Richter* fand Verkümmerung der Einen Hälfte des Gesichtsskeletes bei seinen 200 Männern in 7 pCt.; *Knecht* unter 84 Fällen psychisch erkrankter Verbrecher ungleiche Schädel- und Gesichtshälften 4 mal, also in 4,8 pCt.; *Lombroso* dagegen an 66 Schädeln z. Th. hingerichteter Verbrecher 6 mal Plagiocephalie, mithin 9 pCt. — *Amadei*, der wie die jüngere italienische Schule unter *Lombroso*'s Vorgange überhaupt dem craniologischen Studium in grossem Maassstabe, aber mit kritischer Schärfe obliegt, sieht in dem häufigen Vorkommen der Verschiebung des Schädel- und Gesichtsskeletes bei psychisch Erkrankten, sowie in der robusten, männlichen Schädelform der Frauen eines der Hauptmerkmale unter den vielen Degenerationszeichen.

Um nicht mit Detaillirung der letzteren, übrigens bekannten, länger zu ermüden, theile ich noch aus der schönen Arbeit *Knecht*'s einige hierhergehörige Angaben mit.

Während unter *Richter*'s Kranken nur 12 pCt. frei von allen Bildungsanomalien waren, fanden sich unter den irren Verbrechern 20 pCt.; unter den (48) epileptischen Männern ohne Psychose 27 pCt.; dagegen fanden sich nach *Knecht*'s im Hamburger Stadt-Krankenhause gemachten Aufzeichnungen unter mit Degenerationszeichen behafteten 75 Personen meist weiblichen Geschlechts 59 — also c. 80 pCt. mit mehr oder weniger ernstlichen Nervenstörungen und nur 12 litten nicht an solchen; und von *Wohlrab*'s [cf. über Degenerationszeichen und Neuropathien[1])] 38 an Neurosen und Psychosen Leidenden und mit Degenerationszeichen Behafteten litten 22 ihrer nahen Blutsverwandten an leichteren oder schwereren

[1]) Archiv der Heilkunde Bd. 22, S. 294.

Digitized by Google

Neurosen, Idiotie oder Geistesstörung, oder zeigten verbrecherische Neigungen.

Aus dem Angeführten ziehe ich den Schluss und komme darauf zurück, dass die sog. Degenerationszeichen, besonders in foro wohl zu beachten sind, und dass man im Gutachten die materielle Seite schärfer, als es gewöhnlich geschieht, zu betonen habe, besonders da, wo es sich um Verbrechen handelt, die auf dem breiten Gebiet des angeborenen Schwachsinnes geschehen.

Allerdings wird das für's Erste noch wenig helfen. Wie sollten auch solche Lappalien von Bildungsstörungen als ein verwachsenes Ohrläppchen, ein schiefes Gesicht, verkrümmte oder überzählige Finger und Zehen, allenfalls auch ein Kropf Eindruck auf Richter und Geschworene machen, von denen *Knecht* sagt: „Nur die persönliche Erfahrung macht es glaubhaft, wie niedrig der Maassstab ist, der von ihnen an die Zurechnungsfähigkeit gelegt wird, sobald es sich um Criminalfälle handelt!“

Befanden sich doch 2 hochgradige Idioten, mehrere epileptische Imbecille und 11 mit senilem Schwachsinn Behaftete unter seinen 41 an psychischen Schwächezuständen leidenden Zuchthäuslern!

Aber die Zeit wird dennoch kommen, wo man auch in jenen Kreisen an die Degenerationszeichen glauben und an den Spruch sich halten wird: „Mind is body!“

Digitized by Google

Practische Beiträge zur Anwendung der Elektricität bei Geisteskranken [1]).

Von

Dr. Heyden,

2. Arzt der Privatheilanst. zu Endenich bei Bonn.

Im Folgenden möchte ich mir erlauben, Ihnen unter kurzer Darstellung der betreffenden Fälle die Beobachtungen mitzutheilen, wie sie bei Anwendung der Elektricität bei Geisteskranken und zwar sowohl mittelst des inducirten als constanten Stromes in den letzten 6 Jahren in der Endenicher Anstalt von Herrn Sanitätsrath *Oebeke* und mir gemacht wurden. Es beziehen sich diese Fälle zum Theil auf die Galvanisation des Gehirns selber und allgemeine Faradisation und Galvanisation, zum Theil auf mehr peripherische Anwendung. Betreffs der einschlägigen Literatur verweise ich auf *Erb*'s Handbuch der Elektrotherapie, Vorlesung 16. Bemerken möchte ich nur, dass zuerst *Arndt,* später *Tigges, Hitzig, Schüle* und Andere die Elektricität häufiger in der Therapie der Geisteskrankheiten verwandt haben. *Arndt* gebrauchte den faradischen, einfach erregend wirkenden Strom, bei einfachen Depressionszuständen, mögen sie primär entstanden sein oder infolge vorausgegangener stürmischer Processe, den galvanischen Strom dagegen, dem ausser der erregenden auch noch umstimmende, beruhigende, katalytische Wirkungen innewohnen, für alle anderen überhaupt der elektrischen Behandlung zugänglichen Psychosen, besonders bei den tiefer greifenden Ernährungsstörungen des Gehirns. *Arndt* wandte anfänglich hauptsächlich die Galvanisation des Rückenmarkes,

---

[1]) Vortrag im psych. Verein der Rheinprovinz am 15. Nov. 1884.

Digitized by Google

ohne diejenige des Kopfes unbedingt auszuschliessen, später aber die letztere regelmässig und zwar vorzugsweise den absteigenden Strom an. Bei uns wurde dieselbe als stabile Längs- und Quer-Galvanisation des Kopfes mit dem absteigenden Strome in Gebrauch gezogen; bei der ersteren wurde die Anode auf die Stirn, die Kathode in den Nacken gesetzt, bei der letzteren die beiden Pole hinter die Ohren, und zwar 3—5 Minuten lang bei 3—5—8 Elementen des *Störer*'schen, in den letzteren Jahren des *Spamer*'schen Apparates. Begonnen wurde gewöhnlich mit der queren Application als der nach unseren Erfahrungen weniger empfindlichen und dann auch bald zu der Längs-Galvanisation übergegangen; nur ausnahmsweise wurde die eine Elektrode weiter entfernt vom Kopfe angesetzt. Ausserdem wurde auch die allgemeine Faradisation und Galvanisation angewandt in der Weise, dass die Anode in den Nacken und Rücken gesetzt wurde, die Kathode in Wasser von 36—38 C. tauchte, in welchem die Füsse des Patienten bis zur Höhe der Waden standen. Die sonstige periphere Anwendung geschah in gewöhnlicher Weise. Bemerken will ich noch, dass wir früher die gewöhnlichen runden Elektroden, in letzter Zeit aber vorwiegend die sogenannten Kopfelektroden gebrauchten, die eine mehr diffuse Vertheilung des Stromes gestatten, biegsame Platten aus Metall, 10—12 cm lang, 5—6 breit, mit Leinen überzogen. — Die Galvanisation des Kopfes geschah hauptsächlich bei Paralytikern, 9, bei 2 Melancholikern und in einem Falle von periodischem Irresein, die allgemeine Galvanisation resp. Faradisation bei 3 Melancholikern, die sogenannte Galvanisation des Sympathicus in einem Falle hypochondrischer Verrücktheit. In den übrigen 11 Fällen handelte es sich um mehr locale, doch mit der Psychose mehr oder weniger im Zusammenhang stehende Beschwerden. Ich gehe nun zu kurzer Skizzirung der Fälle über und beginne mit den Paralytikern.

M. F., 43 Jahre alt, seit fast 2 Jahren krank, höherer Beamter, der in der Jugend bereits zweimal eine leichte melancholische Erkrankung unter freien Verhältnissen durchmachte, als Landrath und später in der Eisenbahnverwaltung sehr thätig war, dabei aber stark in venere et baccho excedirte. Seit etwa 6 Jahren erschien er stets bedrückt, missmuthig und leicht reizbar, blieb aber in seinen Arbeiten exact und zuverlässig. Er erkrankte plötzlich nach starken, mehrere Tage fortgesetzten Kneipereien. Die Aufregung steigerte sich schnell und es trat bald ausgesprochener Grössenwahn zu

Digitized by Google

Tage — er machte alle möglichen Projecte, wollte Bismarck ersetzen, den Culturkampf beenden etc. —, der auch nach dem Zurücktreten der Aufregung bestehen blieb; dazu gesellten sich dann, wohl abnormen körperlichen Gefühlen entspringende Wahnvorstellungen, dass Frauenzimmer ihm die Samenstränge ausziehen wollten, er Schlangen im Leibe habe. Auf körperlichem Gebiete verschiedene Lähmungserscheinungen: Pupillendifferenz, Ungleichheit in der Innervation beider Gesichtshälften, Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, Unmöglichkeit beim Gehen eine gerade Linie innezuhalten. Patient wurde etwa 3 Wochen lang — dann wollte er es nicht mehr zugeben — täglich quer und längs durch den Kopf galvanisirt; er behauptete consequent trotz lebhafter Röthung der Haut an den Applicationsstellen nicht das Geringste zu fühlen. Irgend eine Einwirkung auf geistigem wie körperlichem Gebiete war nicht zu erkennen. Tod etwa 2 Jahre hinterher.

L. K., 42 Jahre alt, krank seit 3 Monaten, Rechtsconsulent, der sehr thätig gewesen, dabei viel gekneipt und gerne den Grossen gespielt hatte, seit 2 Jahren aus Anlass der Einführung der neuen Gerichtsordnung, die sein Einkommen beschränkte, gemüthlich geändert, stiller, deprimirter gewesen, dann schliesslich exaltirt geworden war unter ausgesprochenem Grössenwahn: er erklärte sich für einen General, den Kaiser für seinen intimsten Freund etc. Auf körperlichem Gebiete verschiedene Lähmungserscheinungen: allgemeine Zitterigkeit, schlechte, unsichere Handschrift, Pupillendifferenz, Zuckungen und Krampf in den unteren Extremitäten. Sensibilität normal. Nachdem Patient äusserlich ruhiger geworden, wurde er 2 Monate täglich quer und längs durch den Kopf galvanisirt. Empfindlichkeit gegen den Strom gering, Patient spürt nur Wärmegefühl und Prickeln an den Applicationsstellen. Irgend eine günstige Einwirkung auf geistigem wie körperlichem Gebiete trat nicht hervor; die Krankheit nahm ihren weiteren Verlauf. Patient wurde verworrener, Gedächtnisschwäche und Sprachstockung stärker, sowie Verschlechterung der Handschrift, die eine Zeit lang besser gewesen. Tod wahrscheinlich nach $1^1/_2$ Jahren.

J. E., 45 Jahre alt, Bankier, erkrankt seit fast 2 Jahren unter Krampfanfällen mit Bewusstlosigkeit, Lähmungserscheinungen wie unsicherer Schrift und Gang, Pupillendifferenz, Ameisenkriechen und Eingeschlafensein in den Gliedern, geistiger Abschwächung, welche Erscheinungen, nachdem sie eine Zeit lang ziemlich zurückgetreten, zur Zeit der Aufnahme in die Anstalt sich wieder deutlich geltend machten. Er zeigte sich exaltirt, heiter, daneben leicht weinerlich, verworren, ohne Auffassung für seine Umgebung, meist nicht im Stande, über Zeit und Ort sich zu orientiren. Sensibilität der Haut gut. Quer- und Längsgalvanisation des Kopfes täglich; Empfindlichkeit im Ganzen gering. Bei der Quergalvanisation öfter Geräusche in den Ohren; bei der Längsgalvanisation manchmal Blitzesehen. Der Zustand zeigte mit geringen Schwankungen im Wesentlichen keine Aenderung. Patient blieb verworren, leicht vergesslich, hatte keine Orientirungsgabe für Zeit und Ort, so dass er z. B. vom Hofe aus, wenn er direct vor seinem Zimmer stand,

Digitized by Google

dasselbe nicht zu finden wusste; dabei traten neben Fortbestand der Lähmungserscheinungen häufige Ohnmachts- und leichte Krampfanfälle, bald vorübergehende Zustände von Katalepsie ein. Es wurde daher nach 6 monatlicher Anwendung die Galvanisation ausgesetzt. Später hochgradige Erregung mit Vergiftungs- und Verfolgungswahn. Tod 1 Jahr hinterher.

L. S., 34 Jahre alt, Kaufmann, hat vor der Verheirathung ziemlich in baccho et venere excedirt, erkrankt seit 3 Monaten; einem apathischen Vorstadium folgte ausgesprochene Exaltation (will eine Anzahl Fabriken einrichten, darunter eine für Diamantenfabrication, auf eigenem Schiffe die ganze Welt bereisen etc.). Bei Eintritt in die Anstalt paretische Erscheinungen nur wenig ausgeprägt, dieselben aber bald stärker hervortretend: Pupillendifferenz, Anstossen beim Sprechen, Zucken und Zittern in den Gesichtsmuskeln, Handschrift verschlechtert. Sensibilität normal. Patient erscheint duselig, geistig benommen. Er wird stark 4 Monate lang längs und quer durch den Kopf galvanisirt. Anfänglich starke Zuckungen in den Nackenmuskeln, fibrilläres Zucken in den Musculi temporales beiderseits, Blitzesehen; später die Empfindlichkeit gegen den Strom gering. Die Sprachbehinderung wird etwas geringer, die übrigen Lähmungserscheinungen bleiben ungeändert. Geistig wird Patient freier, bleibt aber uneinsichtig, will nicht krank sein noch dies gewesen sein. Die Galvanisation wird ausgesetzt, da der Kranke sehr über Ziehen durch den Kopf und Schwindel klagt, nach 2 monatlicher Pause wieder für 1 Monat quer durch den Kopf aufgenommen, dann wegen derselben Klagen definitiv ausgesetzt. Erst gegen Ende seines neunmonatlichen Aufenthaltes stellte sich Einsicht für die vorhergegangene Krankheitsphase ein; es hatten sich unterdessen auch die Lähmungserscheinungen gebessert. Draussen lebte der Kranke noch $^1/_2$ Jahr ganz ruhig in der Familie, während welcher Zeit sein körperlicher wie geistiger Zustand eine derartige Besserung erfuhr, dass er ein kleines Commissionsgeschäft etabliren und unter einiger Aufsicht etwa $^1/_2$ Jahr lang betreiben konnte, dann aber trat eine Exacerbation des unheilvollen Krankheitsprocesses ein und Patient starb $^1/_4$ Jahre nach dem Ausscheiden aus der Anstalt.

J. E., Techniker, 33 Jahre alt, war geistig gut veranlagt und thätig, hatte übermässigem Biergenuss und sexuellen Ausschweifungen gehuldigt. Beginn der Krankheit seit $^1/_4$ Jahr mit Schwerfälligkeit im Denken und Handeln, seit 6 Wochen eclatantes Zutagetreten der Krankheit, Unfähigkeit thätig zu sein, geschlechtliche Erregung, so dass er auf der Strasse Frauenzimmer angriff. In der Anstalt erschien Patient geistig benommen, duselig, vielfach unruhig, laut, zerreisssüchtig, dabei selbsterfüllt, eingenommen von seinen Leistungen. Nach einem mehr als 3 monatlichem Erregungszustand trat Beruhigung ein, und es wurde dann, also $^1/_2$ Jahr nach dem Beginn der Erkrankung, Patient etwa 6 Monate lang, anfänglich andertägig und nur quer, später täglich längs und quer galvanisirt. Die Empfindlichkeit gegen den Strom fast $= 0$ bei ziemlich guter Hautsensibilität. Eine wesentliche Besserung in dem Zustande des Patienten zeigte sich während der Galvani-

Digitized by Google

sation nicht. Er wurde geistig etwas freier, blieb aber uneinsichtig. Die vorhandenen paretischen Erscheinungen blieben bestehen resp. traten später stärker hervor. Patient schwankt stark beim Aufstehen, beschreibt beim Gehen eine Zickzack-Linie, stösst stark beim Sprechen an, zittert in den Gesichtsmuskeln. In seinen Hantierungen wird er unsicherer, gleichzeitig unsauber; er verblödete allmälig vollständig, war schliesslich ganz hülflos und starb $^7/_4$ Jahre hinterher.

F. T., 37 Jahre alt, Kaufmann, erkrankt seit einem Jahre: leichte Vergesslichkeit, Stocken des Gedankenganges, fortschreitend hervortretende Unfähigkeit zur Arbeit, auch körperliche Lähmungserscheinungen, speciell Incontinentia urinae vorhanden. Er zeigt sich bei seinem Eintritte geistig benommen, unklar, aber frei von Wahnideen, stösst an beim Sprechen, zittert in den mimischen Gesichtsmuskeln, geht unsicher und schwankend. Sensibilität der Haut normal. Patient wird einen Monat lang täglich quer und längs durch den Kopf galvanisirt. Die Empfindlichkeit gegen den Strom ziemlich gut. Die Galvanisation wird schliesslich wegen Klagen über schlechten Schlaf, allgemeines Unwohlsein nach derselben, speciell schmerzhaftes Ziehen durch den Kopf ausgesetzt. Von irgend welchem günstigen Einflusse auf den Zustand des Patienten war weder während der Galvanisation noch hinterher etwas zu merken; der Krankheitsprocess schritt vielmehr weiter fort, allgemeine Krampfanfälle stellten sich ein, körperliche Unsicherheit und Zitterigkeit, Incontinentia urinae und ebenfalls die geistige Abschwächung wurden stärker, und Gehörshallucinationen unangenehmen quälenden Inhaltes, die den Kranken in Erregung brachten, traten hervor.

J. H., 39 Jahre alt, Bäckermeister, war in seinem Gewerbe tüchtig gewesen, seit stark $^1/_2$ Jahr aber trat fortwährend zunehmende geistige Schwäche hervor, Apathie gegen alles, Familie wie Geschäft, so dass er zur Führung des letzteren nicht mehr fähig war. Die Sprache langsam, gedehnt, der Gang etwas breitspurig, bedeutende Pupillendifferenz constant. Analgesie, keine Anaesthesie, er empfindet Nadelstiche ganz prompt, aber nicht schmerzhaft. Empfindung gegen Temperatur-Unterschiede bedeutend herabgesetzt. Die Rede einfältig, manchmal unsinnig, aber keine eigentlichen Wahnideen. Patient wird 8 Monate nach Beginn der Erkrankung 4 Wochen lang längs und quer durch den Kopf galvanisirt; er empfindet gar nichts davon, die Haut auch kaum geröthet. Irgend eine Besserung in dem Krankheitszustande ist nicht zu constatiren. Tod etwa $1^1/_2$ Jahre hinterher.

Th. H., 41 Jahre alt, derselbe hatte sich aus niederen Verhältnissen und ohne entsprechende Vorbildung zu der Stellung als Buchhalter bei einem unserer grössten Industriewerke herauf-, aber auch weit über seine Kräfte gearbeitet. Seit $^1/_2$ Jahr datirt der deutliche Beginn der Krankheit: gesteigerte Reizbarkeit, fortschreitend mehr und mehr hervortretende Unfähigkeit zur Arbeit, grosse Kauflust, unsinniges Handeln. Patient wird und zwar, da er viel über Kopfschmerz klagt, nur andertägig längs durch den Kopf 5 Minuten lang galvanisirt, die Kathode in die eine Hand, die Anode in

Digitized by Google

den Nacken allmälig nach der Stirne vorrückend. Die Reaction gegen den Strom prompt wie auch sonst die Sensibilität normal. Nach 14 tägiger Anwendung musste die Galvanisation ausgesetzt werden, da sich steigernde Erregung mit Gereiztheit, Zerstörungssucht und hochgradiger Grössenwahn einstellte, während derselben traten dann mehrere, früher weniger ausgeprägte Lähmungserscheinungen auf körperlichem Gebiete stärker hervor.

J. G., 40 Jahre alt, Maschinen-Offizier, erkrankt seit etwa 8 Monaten unter Erscheinungen geistiger Schwäche und nachfolgender Exaltation. Nachdem ein Stadium mässiger Erregung, ohne besondere Gereiztheit, hauptsächlich bestehend in unsinniger zweckloser Thätigkeit, Wiederholung ein- und derselben Handlung stundenlang, wieder ziemlich zurückgetreten, wurde Patient stark $2^1/_2$ Monate lang täglich längs und quer galvanisirt. Empfindlichkeit gegen den Strom gering, die Sensibilität sonst ziemlich gut. Nach etwa 4 wöchentlicher Galvanisation sind die bis dahin seit Beginn der Erkrankung constanten Beschwerden des Patienten über den Kopf, Druck, Schwere in demselben, es sei ihm, als ob ein Stein in seiner Stirn liege, verschwunden, — er lobt, wie frei und klar der Kopf sei — und auch bis jetzt, 4 Monate hinterher noch nicht wieder aufgetreten, während die sonstigen Krankheitserscheinungen auf geistigem wie körperlichem Gebiete keine Besserung erfahren haben.

Th. v. G., 54jährige Dame, früher bereits zweimal melancholisch erkrankt und in hiesiger Anstalt genesen, seitdem aber im ganzen nervös und übertrieben scrupulös geblieben, seit 3 Jahren an Melancholia agitans mit religiöser Färbung, Selbstmordtrieb und lautem Lärmen und Schreien leidend mit Schwankungen in der Stärke der Erregung. Patientin wurde 6 Wochen lang mit 4 Elementen längs und quer durch den Kopf galvanisirt. Sie war sehr empfindlich gegen den Strom (starkes Brennen, Röthung der Haut, Blitzesehen, Schwindel, Ziehen durch den Kopf), von einer günstigen Einwirkung auf den Allgemeinzustand war nichts zu merken, es nahm vielmehr die äussere Erregung schliesslich zu in Verbindung mit starkem Kopfschmerz nach der Galvanisation, weshalb diese ausgesetzt wurde.

B. H., 46jähriger Mann, Melancholie mit Neigung zu Periodicität, Klagen über Spannen, Drücken, Brennen auf der Höhe des Kopfes, über welche Sensationen Patient sehr besorgt ist, fürchtet, dass es Zeichen von Unheilbarkeit seien. Er wird seit jetzt 3 Wochen einen um den anderen Tag quer und längs und mit Ansetzung der Anode auf der Höhe des Scheitels, im ganzen 5 Minuten lang, galvanisirt. Reaction gegen den Strom prompt. Die unangenehmen Sensationen wurden viel geringer; Patient rühmt direct die wohlthätige Wirkung der Galvanisation, es sei ihm, als ob an der schmerzhaften Stelle etwas herausgezogen würde. Der psychische Zustand bleibt wie auch vorher ganz derselbe schwankende, es wechseln Zeiten ziemlich freien gemüthlichen Wesens mit solchen der Depression.

J. P., 43jähriger Mann, seit mehr als 20 Jahren erkrankt, periodisches Irresein mit Schwachsinn. In früheren Jahren wechselten beim Patienten

Digitized by Google

ziemlich regelmässig Zeiten besonnenen Verhaltens mit solchen der Verworrenheit und Erregung, in welchen aber auch Lucida intervalla von einzelnen halben und ganzen Tagen vorkamen, von annähernd je 2—3 Wochen Dauer; seit mehreren Jahren aber hat sich dieser Typus geändert, die einzelnen Perioden, besonders aber, mit gleichzeitiger Abnahme der Intensität der Erregung, die der geistigen Unklarheit wurden von längerer Dauer; manchmal fiel die Zeit der Besonnenheit ganz aus und dauerte die Verworrenheit mehrere Monate an. Patient wurde in den Perioden der Besonnenheit, bisher dreimal, täglich mit 4 Elementen je 3 Minuten lang, anfänglich quer und, da dies gut vertragen wurde, nach einigen Tagen auch längs durch den Kopf galvanisirt. Die Reaction gegen den Strom prompt. Die Anwendung der Galvanisation dauerte zum ersten Male 33 Tage, die nachfolgende Verworrenheit 32 Tage, in deren zweiter Hälfte aber auffallend viele halbe und mehrere ganze Tage Patient besonnen war. Die nächste Zeit der Besonnenheit dauerte 42 Tage, eine wie lange Dauer beim Patienten noch nicht beobachtet wurde. Es hatten aber auch die beiden vorhergehenden Perioden der Besonnenheit bereits je 35 Tage länger als gewöhnlich gedauert und war auch noch im vorigen Jahre eine solche von 37 Tagen Dauer vorhanden gewesen. Die späteren Male war der Typus wieder ganz der gewöhnliche.

M. K., 44 Jahre alt, Gerber, 2 Jahre vor Aufnahme in die Anstalt bereits in seinem ganzen Wesen verändert, jetzt, nachdem ein acutes Stadium mit Verworrenheit und Selbstmordtrieb vorübergegangen, an chronischer Melancholie mit zeitweise starker äusserer Erregung, lautem Schreien und Raisonniren, selbst Zertrümmern von kleineren Gegenständen leidend. Allgemeine Galvanisation einen um den anderen Tag, zuerst 10, später 15 Elemente stark 5 Minuten lang, nachdem seit Beginn der Erkrankung 3 Jahre verflossen. Die subjective Empfindlichkeit trotz deutlicher Röthung der Haut anfänglich ganz fehlend, später sich in mässigem Grade einstellend. Patient meinte sich nach dem Galvanisiren für den betreffenden Tag kräftiger in den Beinen zu fühlen; seine Stimmung war eine Zeit lang belebter, die Ausbrüche von Unruhe seltener und weniger mit Gereiztheit verbunden; schliesslich machte sich die Unruhe aber in alter Weise wieder geltend, und wurde daher nach etwa $2^1/_2$ monatlicher Anwendung die allgemeine Galvanisation aufgegeben und statt derselben über 4 Monate die allgemeine Faradisation in derselben Weise angewandt; Patient empfand dieselbe prompt als Prickeln durch den ganzen Körper, Zucken und Zittern in den Beinen, von einer Einwirkung auf den Allgemeinzustand war nichts zu bemerken, es fand kein wesentlicher Nachlass der Unruhe statt.

A. D., 43 jährige Dame, Hystero-Melancholie, nach der Entbindung erkrankt, trat in die Anstalt ein, nachdem ein acutes Stadium melancholischer Erregung mit Nahrungsverweigerung schon länger überwunden. Es war bei der Patientin, die sonst besonnen und verständig und sich des Krankhaften ihres Wesens bewusst, in den gewöhnlichen Verrichtungen des täg-

Digitized by Google

lichen Lebens eine gänzliche Unselbstständigkeit zurückgeblieben, so dass sie von der Wärterin vollständig an- und ausgekleidet, gewaschen etc. werden musste; dabei war sie ängstlich besorgt, dass dies auch bis auf's Kleinste immer genau in derselben Weise geschehe, ganz müssig, in ihren Bewegungen steif, automatenhaft. Allgemeine Faradisation andertägig 7 Minuten 3 Wochen lang. Empfindlichkeit gegen den Strom übermässig stark. Es wurde die Patientin in ihrem ganzen Wesen etwas angeregter und selbstständiger, wie auch ein späteres Mal, da sie die allgemeine Faradisation nicht mehr zugeben wollte, bei localer Faradisation des Rückens und der Extremitäten 8 Tage lang. Eine deutliche Einwirkung der Faradisation zeigte sich aber in Bezug auf die Menses. Während diese, die sonst sehr regelmässig, aber abnorm stark, die letzten Male bis zu 3 Wochen verspätet und schwächer aufgetreten, worüber Patientin sich viel Sorge machte, hatte das erste Mal nach der Faradisation nur eine Verspätung von 2 Tagen statt und das zweite Mal traten dieselben sogar 6 Tage zu früh ein, beide Male aber waren sie noch stärker als sonst gewöhnlich. Die Fortsetzung der Behandlung war nicht möglich wegen des Ausscheidens der Patientin aus der Anstalt, nach späterer Mittheilung blieb aber das Gesammtbefinden und Verhalten besser. Die im vorigen Falle hinsichtlich der Menstruation gemachten Erfahrungen veranlassten uns zu weiterer Anwendung der allgemeinen Faradisation bei

E. v. R., einer 37jährigen seit 8 Monaten erkrankten, an Melancholie mit Selbstmordtrieb und Tendenz zur Verrücktheit leidenden Dame, bei der nach einem lebensgefährlichen Blutverlust die Menses noch zweimal schwach aufgetreten waren, dann, auch nach wesentlicher Hebung der Ernährung, zweimal vollständig cessirt hatten. Faradisation andertägig 5 Minuten 3 Wochen lang, die dritte Menstruation blieb aber auch noch aus. Gegen sehr stark hervortretende Hallucinationen des Gehörs wurde dann Patientin, aber ohne diesbezüglichen Erfolg, täglich längs und quer durch den Kopf galvanisirt mit 6 Elementen 5—8 Minuten lang, die Empfindung gering. Es trat während der Galvanisation dann die zum vierten Male fällige Menstruation ein und zwar 9 Tage zu früh und ist von da ab nicht mehr ausgeblieben, war aber in ihrem Eintritt bald um einige Tage zu früh, bald zu spät. Die zum zweiten Male vorgenommene allgemeine Faradisation musste wegen des Wiederstrebens der Patientin nach 8 Tagen wieder ausgesetzt werden; es war während derselben sowie auch während der Galvanisation ihr Verhalten ein erregteres, gereizteres, während der erstmaligen Faradisation die Stimmung gelassener, friedlicher, Schwankungen wie sie auch sonst bei der Patientin öfter vorkamen.

U. v. D., 38 Jahre alt, Hauptmann, Paralytiker, bei ziemlich äusserer Besonnenheit und mässiger geistiger Abschwächung an Incontinentia urinae resp. Harnverhaltung leidend. Patient wurde mit mittelstarkem Strom täglich 5 Minuten lang faradisirt, positiver Pol im Rücken, negativer über die Unterbauchgegend hingleitend. Eine wesentliche Besserung in der Function

Digitized by Google

der Blase zeigte sich während der über 2 Monate fortgesetzten Faradisation nicht, dahingegen eine deutliche Anregung der Darmthätigkeit. Während nämlich Patient bis dahin an Stuhlverstopfung bis zu 7 Tagen litt, wogegen starke Dosen Rheum nur wenig Erfolg aufwiesen, wurde der Stuhlgang nach 6tägiger Anwendung der Faradisation anfänglich noch mit geringen Dosen Rheum, bald aber ohne solche täglich regelmässig und zwar erfolgte derselbe direct nach dem Elektrisiren und behauptete sich dies, ohne dass der psychische Zustand des Patienten eine wesentliche Besserung erfahren, 2 Monate lang. Dann aber trat wieder hartnäckige Verstopfung ein, die auch bis kurz vor dem nach $2^1/_2$ Monaten erfolgenden Tode des Kranken bestehen blieb und wegen des damit verbundenen starken Erbrechens und Meteorismus die Anwendung der schärfsten Drastica in Verbindung mit Clystieren und Suppositorien erforderte, während zu der Zeit der Faradisation, wo der Stuhl regelmässig gewesen, gar kein Erbrechen erfolgte, nachdem Patient vorher derart daran gelitten, dass er nur kalte Speisen und auch diese nur in kleinen Portionen vertragen konnte.

C. P., 39 Jahre alt, Hauptmann, melancholisches Stadium einer circulären Seelenstörung, leidet an starker Verstopfung bis zu 6 Tagen und auch dann erfolgt der Stuhl nur nach Rheum und Seifensuppositorien, nie spontan. Die Sensibilität der Haut normal. Patient wurde täglich wie im vorigen Falle 5 Minuten lang faradisirt, die Empfindlichkeit gegen den Strom normal. Nach 10tägiger Anwendung erfolgte zum ersten Male der Stuhl ohne mechanische Nachhülfe, hin und wieder waren in nächster Zeit noch Suppositorien und Rheum erforderlich, nach 6wöchentlicher Anwendung bedurfte es dieser gar nicht mehr und auch dann nicht, als nach weiteren 14 Tagen wegen starker Hyperaesthesie der Bauch- und Rückenhaut die Faradisation ausgesetzt werden musste. Da Patient sich in hypochondrischer Weise Sorge machte, dass die Stuhlentleerung nicht genügend sei, so wurde nach 3 Wochen zu seiner Beruhigung die Faradisation wieder aufgenommen und noch 2 Monate, zuerst täglich, später andertägig fortgesetzt und blieb auch nach dem definitiven Aussetzen derselben der Stuhl regelmässig.

W. Sch., 57jähriger Mann, Melancholie mit Verfolgungswahn und Nahrungsverweigerung, wurde $4^1/_2$ Monate lang mit der Schlundsonde gefüttert. Auch nachdem die eigentliche Nahrungsverweigerung überstanden, blieb noch Nahrungsscheu zurück, die zum Theil ihren Grund hatte in abnormen Gefühlen, Druck, Völle im Unterleib, der, wie Patient meinte, ganz voll Stuhl von $^1/_2$ Jahre her stecke, und in thatsächlich vorhandener Neigung zu Obstipation, so dass der Stuhl meist nur einen um den anderen Tag oder noch später erfolgte; was für den Patienten eine grosse Quelle von Sorgen bildete. Er wurde daher täglich mit ziemlich starkem Strome 5 Minuten lang am Unterleib faradisirt; die elektrosensible wie -motorische Empfindlichkeit gering. Von einer Besserung war nichts zu bemerken, es wurde Patient sogar durch die einzelne Anwendung der Faradisation jedesmal erregter, so dass dieselbe nach 14 Tagen ausgesetzt wurde.

Digitized by Google

E. Sch., 46 Jahre alt, Hauptmann, Paralytiker, der vorher schon seit Jahren an Erscheinungen von Tabes dorsalis und speciell schon seit langem, vielleicht seit mehreren Jahren, an Incontinentia urinae gelitten. Patient trat in einem Zustande vollständiger geistiger Benommenheit und Unklarheit in die Anstalt ein; er liess den Urin meist in's Bett und auf den Boden gehen. Nachdem das Stadium der Aufregung vorüber, hielt er sich kurze Zeit trocken, dann trat aber das alte Uebel trotz Fortbestandes äusserer Besonnenheit wieder ein, gegen das längere Zeit angewandtes Strychnin ganz erfolglos blieb. Es wurde nun Patient über 2 Monate lang täglich 5 Minuten mit 10 Elementen im Rücken galvanisirt, die Empfindlichkeit gegen den Strom gering. Nach 8tägiger Galvanisation liess er keinen Urin mehr unter sich gehen, und behauptete sich diese Besserung 3 Monate lang; dann trat mit einer neuen 2 Monate dauernden Aufregung die Incontinentia urinae von neuem stärker hervor, um mit der Rückkehr der Ruhe wieder mehr zurückzutreten, so dass Uriniren in Bett oder Hose nur selten vorkam, Patient sogar sich einmal in einem Zeitraum von $^3/_4$ Jahren vollständig trocken hielt.

E. C., 29jähriger Mann, bereits krank seit 5 Jahren; hypochondrische Verrücktheit, folie de doute avec délire de toucher; ist in den Verrichtungen des alltäglichen Lebens zum grossen Theil auf den Wärter angewiesen und gebraucht zu allem ungeheuer viel Zeit z. B. zum Ankleiden 3—4 Stunden, ist dabei häufig gereizt und auffahrend. Klagt vielfach über starke Kopfschmerzen. Die zeitweise übermässige Füllung der Blutgefässe der Haut des Halses und Gesichtes, die selbst bei verhältnissmässig geringfügigen körperlichen Anstrengungen stark hervortritt, lassen eine ungenügende Innervation vom Sympathicus aus erkennen, die wohl per analogiam auch für's Gehirn anzunehmen ist. Patient wird während 4 Monate täglich mit 5—7 Elementen 5 Minuten lang am Sympathicus galvanisirt. Er verträgt dies gut und giebt an, dass es seinem Kopfe wohlthue, welches Zugeständniss bei dem verschlossenen Wesen des Patienten und bei dem Umstande, dass während dieser Monate und noch eine Zeit lang hinterher die Röthung der Haut geringer und das Allgemeinverhalten im ganzen besser und gelassener war, die Annahme einer günstigen Einwirkung einigermaassen berechtigt erscheinen lässt.

L. P., 20jähriger Kaufmann, der nach einem acuten Stadium mit Selbstmordtrieb an hypochondrischer Melancholie mit neurasthenischen Erscheinungen litt; speciell klagte er viel über Schmerz und Schwäche im Rücken, häufige Pollutionen resp. Samenergiessungen ohne Erection. Er wurde andertägig im Rücken 6—8 Elemente stark je 5 Minuten 6 Wochen lang galvanisirt, ohne dass eine Besserung der Erscheinungen stattgehabt hätte, ebensowenig bei Faradisation des Rückens, die nach 14 Tagen wegen eintretender melancholischer Erregung ausgesetzt wurde. Die Empfindlichkeit gegen den constanten und inducirten Strom war ziemlich normal.

W. N., 61jähriger Kaufmann, Melancholiker, klagte über Schmerzen in

Digitized by Google

den Fuss-, Knie- und Schultergelenken, schmerzhafte Steifigkeit im Rücken. Tägliche Faradisation desselben und der Schultern 8 Tage lang brachte keine Besserung. Es wurde daher zur täglichen Galvanisation des Rückens 5 Minuten lang mit 6 Elementen geschritten; Empfindlichkeit gegen den Strom normal. Die Besserung ging zwar nur langsam von statten, sodass erst nach 4 Wochen, als Patient erheblich gebessert ausschied, die Schmerzen ziemlich geschwunden waren; es brachte aber die einzelne Galvanisation dem Patienten stets eine bedeutende den Tag über andauernde Erleichterung seiner Beschwerden.

F. N., 34 Jahre alt, Ackersmann, seit etwa 9 Monaten an Melancholie erkrankt, klagt körperlich sehr über Schmerzen im Halse, speciell im Kehlkopfe seit Anfang der Krankheit, die so stark seien, dass er sie nicht aushalten könne, bittet deshalb, ihm das Leben zu nehmen. Er wurde stark $2^1/_2$ Monate andertägig mit 8 Elementen längs und quer des Halses und Kehlkopfes je 3 Minuten lang galvanisirt. Empfindlichkeit gegen den Strom normal. Während des Galvanisirens stark metallischer Geschmack. Gleich während der ersten Galvanisation verschwanden die Schmerzen vollständig und blieben auch die nächsten Stunden geringer. Die Intensität derselben nahm fortschreitend ab, und nach etwa 2 Monaten waren dieselben gänzlich geschwunden. Die melancholische Verstimmung war gleichzeitig mehr nnd mehr zurückgetreten, und nach $3^1/_2$ monatlichem Aufenthalt verliess Patient wiederhergestellt die Anstalt.

A. H., 40jährige Dame, Hystero-Melancholie; lag tage- und wochenlang fast anhaltend. Sie klagte dabei sehr, woran sie schon seit langem gelitten, über peinigend eiskalte Füsse; es wurden dieselben mehrere Wochen lang mit dem Drahtpinsel faradisirt, wobei diese quälende Erscheinung fortschreitend geringer wurde bis zum fast vollständigen Verschwinden, welche Besserung sich auch für längere Zeit behauptete.

Ueberblicken wir nun die durch die Anwendung der Elektricität in unseren Fällen erlangten Resultate. Von den 9 Paralytikern sehen wir nur bei einem, wo die Krankheit erst 3 Monate bestand, einen verhältnissmässig günstigen Verlauf, indem Patient nach der Entlassung aus der Anstalt noch $1^1/_2$ Jahre unter freien Verhältnissen leben und sogar etwa $^1/_2$ Jahr, wenn auch in beschränkter Weise, geschäftlich thätig sein konnte. Hält man dagegen die doch nicht gerade seltenen Fälle von erheblicher und noch weiter gehender Besserung bei Paralytikern auch ohne wesentlich eingreifende Behandlung, so kann es allerdings zweifelhaft bleiben, ob die Besserung im vorliegenden Falle auf Rechnung der Galvanisation zu setzen sei, zumal da in 7 anderen Fällen (darunter 1 von auch nur 3monatlicher Dauer, die anderen von mehr als halbjähriger)

Digitized by Google

irgend ein günstiger Einfluss auf den Gang des Krankheitsprocesses nicht hervortrat, während im 9. die seit dem Beginn der Erkrankung, seit 8 Monaten vorhandenen quälenden Sensationen zwar dauernd schwanden, der psychische Zustand aber keine wesentliche Besserung erfuhr. Also in allen Fällen von mehr als halbjähriger Dauer zeigte sich kein Einfluss auf den Krankheitsverlauf, in einem von 2 verhältnissmässig frischen Fällen (3 Monate Dauer) ist eine günstige Einwirkung vielleicht vorhanden, was mit den Erfahrungen von *Hitzig* und *Schüle*, die in den Anfangsstadien der Paralyse günstige, wenn auch nur vorübergehende Erfolge erzielten, übereinstimmen würde, während *Erb* auch im Anfange der Krankheit nur negative zu verzeichnen hatte. — Was die übrigen Fälle anbelangt, so sehen wir bei 3 nicht zu lange bestehenden Melancholien Schwinden quälender schmerzhafter Sensationen und Besserung des psychischen Zustandes, letztere ganz vorübergehend resp. in geringem Grade bei einer veralteten periodischen Geistesstörung resp. bei einer hypochondrischen Verrücktheit, während dagegen bei 3 anderen älteren Melancholien mit beginnender geistiger Schwäche, bei einer Melancholie mit Selbstmordtrieb und Tendenz zur Verrücktheit sowie bei einer recidivirenden Melancholie mit Neigung zu Periodicität, obgleich im letzten Falle quälende körperliche Sensationen eine erhebliche Verringerung erfuhren, eine Wirkung auf die Psychose nicht hervortrat. Ein günstigeres Resultat zeigte sich im Allgemeinen in den Fällen, wo es sich um locale resp. peripherisch hervortretende Innervationsstörungen aus centraler Ursache, speciell um mangelhafte resp. stockende Functionen im Gebiete des Urogenitalsystems handelte. Bei der einen Frau trat hier die menstruationsbefördernde Wirkung sehr prägnant hervor, bei der anderen weniger prompt. Deutlichen Erfolg liessen ferner erkennen ein alter Fall von Incontinentia urinae, sowie 2 Fälle von hartnäckiger Verstopfung, während in einem dritten Falle wegen Abhängigkeit der mangelnden Innervation vom Gehirn, wie die speciell auf die Verdauungsorgane sich concentrirenden Wahnideen darthun, und wegen der habituellen, seit Jahren bestehenden Verstopfung die Wirkung ausblieb. Auch die ganz locale Anwendung der elektrischen Bepinselung der Füsse bei mangelhafter Circulation zeigte sich recht wirksam.

Es erübrigt noch, einige Worte über die Einwirkung auf den

Digitized by Google

Schlaf zu sagen. Hier zeigte sich nur bei 2 Paralytikern eine günstige Wirkung. Bei dem einen wurde der Schlaf, der bis dahin schon seit langem sehr mangelhaft war, direct nach dem Beginn der Galvanisation durchgängig ruhig und lange, blieb es auch nach dem Aufhören derselben noch für längere Zeit, in dem anderen Falle trat diese Wirkung erst nach 3 Wochen hervor. In allen anderen Fällen zeigte sich kein Einfluss: es blieb der Schlaf unruhig, mangelhaft oder gut, wie er es vorher gewesen.

Digitized by Google

Ein Fall von acutem, tödtlichem Irresein mit localisirten Krämpfen.

Von

Dr. Sebastian Levy,

Assistenzarzt an der Maison de Santé zu Schöneberg-Berlin.

Man ist in dem Gebiete der Geisteskrankheiten gewöhnt, den Begriff der Acuität weiter zu fassen, als es bei der Beurtheilung körperlicher Krankheiten zu geschehen pflegt, und noch solche Psychosen zu den acuten Geisteskrankheiten zu rechnen, deren Dauer mehrere Monate beträgt. Allerdings kennt man nun in der Psychiatrie auch genügend Fälle, welche in kürzester Zeit, in wenigen Tagen schon glücklich verlaufen und die unter dem Namen der transitorischen Psychosen zusammengefasst werden. Fälle indess, die acut entstanden in wenigen Tagen zu einem unglücklichen Ausgange führen, sind grade nicht häufig und werden, wenn sie vorkommen, immerhin als sehr bemerkenswerthes Ereigniss aufgefasst. Als Paradigma für solche Psychosen gilt die sogenannte maniakalische Form des Delirium acutum, jenes Krankheitsbild, das mit sehr tiefer Bewusstseinsstörung, stürmischen Delirien, heftig gesteigerter Reflexerregbarkeit und hohem Fieber in wenigen Tagen zum Tode zu führen pflegt. Dass es aber Fälle von acuten, tödtlichen Psychosen giebt, welche nicht in den Rahmen des Delirium acutum passen, beweist der Fall, welcher den Gegenstand dieser Abhandlung bilden soll. Derartige Fälle scheinen indess sehr selten zu sein. Bei einer genauen Durchsicht der Literatur der letzten dreissig Jahre in dem ausführlichen Literaturverzeichniss der „Allgem. Zeitschr. f. Psych." ist mir keine Arbeit aufgestossen, die man als hierher gehörig hätte verwerthen können, bis auf die-

Digitized by Google

jenige von *Ludwig Meyer* über „acute tödtliche Hysterie“ (in *Virchow*'s Arch. B. IX.). *Meyer* beschreibt darin drei Fälle von acuter, tödtlicher Psychose, die nach deprimirenden Gemüthsbewegungen entstanden unter dem Bilde einer leicht nymphomanisch gefärbten Tobsucht auftraten und unter Fieber, Coma und Convulsionen rasch zum Tode führten. Klinisch entsprachen sie dem Bilde der chronischen Meningitis, was aber bei der Section nicht bestätigt werden konnte. Es möge mir gestattet sein, diese drei Fälle etwas ausführlicher zu referiren, einmal weil sie wegen ihres ebenso reichen wie interessanten Inhalts nicht in Kürze wiederzugeben sind, und weil sie zweitens ihrer Rarität halber es thatsächlich verdienen, dass die allgemeine Aufmerksamkeit wieder auf sie hingelenkt werde.

Die erste Patientin, 18 Jahre alt, ihrem Naturell nach auf der einen Seite kindlich heiter und lebenslustig, war andererseits übertrieben ängstlich und wehleidig. Sonst nie ernstlich krank, wurde sie durch den Tod einer Schwester in tiefe Bekümmerniss versetzt. Nach vier Monaten brach plötzlich eine stürmische Tobsucht aus mit Zerstörungsdrang, starker geschlechtlicher Aufregung und Hallucinationen. Nach 12tägigem Bestehen derselben traten Convulsionen der Hals- und Nackenmuskeln mit Zäkneknirschen auf, nachdem am Abend vorher starke Erschöpfung sich eingestellt hatte bei kleinem, weichem Pulse von 150 Schlägen. An diesem Abend hatte Pat. auf einfache Fragen noch entsprechende Antworten gegeben. Am 13. Tage nehmen die Convulsionen zu, es betheiligen sich auch die Kaumuskeln daran; das Zähneknirschen wird immer heftiger. Puls andauernd klein und frequent 140 Schläge). Mittags tritt Tetanus und Trismus der Hals-, Nacken- und Kaumuskeln ein, und Abends erfolgt unter Zunahme der Convulsionen und unter cyanotischen Erscheinungen der Tod.

Die zweite Patientin, 23 Jahre alt, streng religiös erzogen, geistig übermässig angestrengt, wurde nach Absolvirung des Lehrerinnen-Examens verstimmt, bekam düstere Ahnungen und plötzlich die Wahnidee, man hätte ihr, um sie zu täuschen, den glücklichen Erfolg des Examens vorgeredet. Sie verfällt in eine wüthende Tobsucht mit starker Nymphomanie, klagt sich des Mordes, des Diebstahls u. s. w. an, wird aber nach dreiviertel Jahren aus der Charité geheilt entlassen. Zu Hause ist sie wieder gern gesehenes Mitglied der Gesellschaft, geistig eifrig beschäftigt, neigt aber stark zu religiöser Schwärmerei. Nachdem sie zur Zeit der Menses zuweilen wirkliche ekstatische Zustände gehabt hat, geräth sie wiederholt in Lachkrämpfe, die mit Convulsionen ohne Bewusstseinsverlust endigen. Sie wird dann tobsüchtig, geschlechtlich stark aufgeregt und $5^1/_2$ Jahre nach der ersten Entlassung der Charité wieder zugeführt. Drei Tage nachher treten unter Schüttelfrost und Bewusstseinsverlust Convulsionen des Gesichts auf, verbunden mit sehr engen

Digitized by Google

Pupillen und Zähneknirschen. In den Pausen dieser Anfälle delirirt Pat., nimmt aber Nahrung auf. Am 4. bis 6. Tage ist sie ruhig, da die Periode eingetreten war. Am 7. Tage stockt dieselbe, es tritt sehr hohes Fieber ein, der Puls ist klein und frequent (120—130). Pat. wird zunehmend soporös, lässt Urin unter sich. Am 12. Tage tritt Schütteln und Zittern des ganzen Körpers zu den Convulsionen des Gesichtes hinzu. Unter Zähneknirschen, sehr engen Pupillen, sehr heisser Haut, kleinem Pulse von 140 Schlägen tritt am 14. Tage Agonie auf, die unter heftiger Dyspnoe zum Tode führt.

In dem dritten Falle handelte es sich ebenfalls um ein junges Mädchen, die, nachdem sie viel Liebesverhältnisse durchgemacht hatte, sich religiöser Schwärmerei in hohem Grade hingab, dann plötzlich tobsüchtig wurde mit starker Erotomanie. Bei ihrer Aufnahme in die Charité wurde hohes Fieber und sehr beschleunigter Puls constatirt. Nachdem sie die Nacht hindurch rasend getobt hatte, verfiel sie am Morgen plötzlich in Collaps. Dann traten Convulsionen im Gesicht bei träger, sehr weiter Pupille und tonischer Steifheit der Nacken- und Brustmuskeln auf. Mittags erfolgt, 24 Stunden nach der Aufnahme in die Charité, der Tod.

Bei der Section zeigte sich das Gehirn in Fall I ganz normal; in Fall III war das Gehirn sehr weich, die Häute leicht getrübt und verdickt; in Fall II bestand Oedem der Gehirnhäute, Hydrocephalus internus, weiche Consistenz des Gehirns. In keinem der drei Fälle bestand Hyperämie, das Blut war in allen drei Fällen dünnflüssig, nicht zur Gerinnung neigend. In Fall II und III war das Herz exquisit verfettet, in Fall III auch die Aorta. Die Milz bot nichts Besonderes, auch nicht die Nieren. In Fall I und II war das Hymen erhalten, gleichwohl fanden sich bei ihnen wie auch in Fall III schwere Veränderungen im Genitalapparat. Der Uterus war in allen drei Fällen retroflectirt, seine Schleimhaut stark hyperämisch und entzündet, der Peritonealüberzug des Rectums, auf welchen der retroflectirte Uterus gedrückt hatte, war ebenfalls stark entzündet. Im dritten Fall bestand ausserdem noch chronische Metritis. Die Ovarien waren in Fall II und III cystös degenerirt, besonders stark in Fall III.

Jedenfalls zeigte in keinem der drei Fälle das Gehirn Veränderungen, welche über die Erscheinungen der Krankheit hätten Aufschluss geben können, besonders fehlte jede Spur von Hyperämie, die man doch als häufigen, charakteristischen Befund beim Delirium acutum zu betrachten pflegt. Dafür beanspruchen die dünnflüssige Beschaffenheit des Blutes, die Verfettung des Herz-

Digitized by Google

fleisches, der Aorta, die chronischen, in Anbetracht des jugendlichen Alters doch sehr tiefgreifenden Veränderungen am Uterus und an den Ovarien ganz besondere Beachtung; ich werde darauf später noch ausführlicher zurückkommen.

In allen drei Fällen lag die Diagnose einer Meningitis durchaus am nächsten, und wenn wie hier die Section nichts Wesentliches im Gehirn aufwies, was zur Bestätigung dieser Vermuthung dienen konnte, so lag es eben sehr nahe, wie *Meyer* hervorhob, die erheblichen Veränderungen des Genitaltractus als Reflexerreger hinzustellen. *Meyer* führt nämlich in dieser Arbeit den Gedanken aus, dass, wenn einmal schon die Hysterie als eine Reflexneurose des Genitalsystems aufgefasst wird, man gezwungen ist, die Beziehungen des Genital-Nervensystems nicht auf die Centralganglien des Rückenmarkes allein zu beschränken, sondern dieselben auf die Symptome des gestörten Gehirnlebens hin zu erweitern. Darnach muss man die letzteren als zur Wesenheit der Reflexneurose gehörige Complication auffassen, und die psychischen Zustände, als deren reinste Form die Ekstase erscheint, zu den pathognomischen Zeichen der Hysterie reihen. Da nun jene drei Fälle zahlreiche und deutliche Zeichen schwerster Hirnreizungen aufwiesen, man bei der Section aber nichts im Gehirn, dagegen Vieles und Bedeutendes im Genitalapparat fand, so rechnete *Meyer* diese Fälle zur Hysterie und schuf für sie wegen ihres Verlaufes den Namen „acute tödtliche Hysterie". Interessant ist es, dass schon *Morgagni* einen Fall beschrieben haben soll, wo die Symptome denen einer heftigen Meningitis entsprachen und bei der Section nur verschiedene Affectionen des Genitalapparates gefunden wurden. Man hat überhaupt vor *Meyer* schon manche Fälle von acuten tödtlichen Psychosen beobachtet, die unter dem Trugbilde einer Meningitis auftraten.

Sehr bemerkenswerth ist, was *Abercrombie*[1]) darüber sagt: „Es giebt eine Art von Gehirnkrankheiten mit höchst tückischem und gefährlichem Charakter, deren gefährliche Natur man meist übersieht, und die man für eine Manie, oder bei Weibern für eine Art der Hysterie halten kann. Diese Krankheit kommt gewöhnlich bei

[1]) „Pathologische und practische Untersuchungen über die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks," übers. von *Gerhard v. d. Busch*. Bremen. 1829. p. 82. (Nach *Mayer*.)

Digitized by Google

Weibern von zarter, reizbarer Constitution vor. Sie fängt mit allgemeiner Niedergeschlagenheit an, die sich indessen plötzlich verliert. Darauf folgt maniakalische Aufregung; oft setzt die Krankheit auch gleich hiermit ein. Lebhaftigkeit in allen Verrichtungen und im Betragen, beständiges Sprechen, Springen von einem Gegenstand zum anderen, Schlaflosigkeit, kleiner, frequenter Puls; zuweilen Sinnestäuschungen. Sehr schneller Verlauf; in einigen Fällen Uebergang in Convulsionen und Coma, oder aber plötzliches Sinken der Lebenskräfte und Tod."

Leider findet sich bei *Abercrombie* keine Angabe über die Beschaffenheit der Sexualorgane. Nichtsdestoweniger kann man sich für dieses Krankheitsbild *Abercrombie*'s keine glänzendere und lehrreichere Casuistik denken, als sie die *Meyer*'schen Fälle bieten. Letzteren reiht sich nun in merkwürdiger, überraschender Analogie der folgende, in der Maison de Santé zu Schöneberg-Berlin beobachtete Fall an.

Pat., ein junges Mädchen von 19 Jahren, deren Mutter als ausgesprochen hysterisch und verschroben geschildert wird, war stets gesund und entwickelte sich normal. Mit einem Studenten der Chemie knüpfte sie ein Liebesverhältniss an; die Verlobung mit demselben wurde von den Eltern verweigert. Infolgedessen erschoss sich Ende Januar 1884 der Student in ihrer Gegenwart, nachdem er sie vorher bewogen hatte, den Inhalt eines Fläschchens zu trinken. Pat. hatte aber nur wenig davon über die Lippen gebracht und gleich darauf erbrochen. Die Untersuchung dieser Flüssigkeit ergab Blausäure, die indess unwirksam geworden war, weil sie der Student bereits ein Jahr bei sich in der Tasche getragen haben soll. Pat. gab nachher an, dass sie sich während dieser abenteuerlichen Scene wie in einem Traume befunden hätte und willenlos alles mit sich habe geschehen lassen. Die Affaire wurde Stadtgespräch, und Pat. wurde dann, um sie abzulenken, nach Berlin in ein Pensionat gebracht, wo sie ihre Gesangs- und Sprachstudien fortsetzte. Wenige Wochen nach jenem Ereigniss soll sie dann hier bereits so heiter erschienen sein, als wenn gar nichts vorgefallen wäre. Sie wird als sehr liebenswürdig und lebenslustig geschildert; dabei soll ihr Betragen oft geradezu kindisch gewesen sein. Sie war übertrieben wehleidig und konnte, wenn sie sich in den Finger geschnitten, stundenlang weinen. Im Gegensatz zu ihrer geistigen Lebendigkeit war sie körperlich auffallend träge, sass den ganzen Tag und war nur mit vieler Mühe zum Spazierengehen zu bewegen. In der letzten Zeit fiel es auf, dass sie oft unmotivirt lachte, andrerseits aber auch sehr heftig wurde, sodass man sich in der Pension verabredet hatte, ihr nicht zu widersprechen. Sie hat oft an Kopfschmerzen gelitten; Krämpfe hat sie niemals gehabt. Ueber die

Digitized by Google

Beschaffenheit ihrer Menses konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Am 25. October 1884 wohnte sie grade zur Zeit ihrer Periode einem Begräbnisse bei, bei welcher Gelegenheit sie bei starkem Schneesturm lange unter freiem Himmel stand. Sie erkältete sich und erkrankte nach Angabe des Hausarztes an einer mit mässigem Fieber verbundenen Occipital-Neuralgie und anderen geringfügigen catarrhalischen Erscheinungen. Die Kopfschmerzen wurden immer heftiger; es war ihr, als zöge sich ein eiserner Ring von den Kinnbacken bis zum Scheitel. Dabei äusserte sie öfters, es würde wohl kein gutes Ende mit ihr nehmen, sie würde sterben. Die Nächte wurden schlaflos. Pat. sagte, sie sähe immer den Todten im offenen Sarge. Am Abend des 31. zog sie sich früh auf ihr Zimmer zurück, weil ihr so schlecht wurde. Hier fing sie erst zu weinen an und gerieth dann in die heftigste Aufregung, sprach verworren, sang und schrie, stand dann wieder lange Zeit wie verzückt da. Nach einigen Stunden wurde sie ruhiger und klarer, äusserte, sie müsste doch ganz verzerrt aussehen, denn es zöge sie immer so nach der rechten Seite des Bettes hinüber. Krämpfe oder Zuckungen wurden von der Umgebung nicht beobachtet. Sie sagte dann zur Tante, die an ihrem Bette sass, sie habe die Ahnung, sterben zu müssen, und wolle ihr Testament machen. Sie gab auch thatsächlich in ruhiger und geordneter Weise an, was mit ihren Sachen geschehen solle, und sorgte dafür, dass geliehene Bücher ihren Freundinnen zurückgestellt würden. Nach Chloral verbrachte sie die Nacht ruhig, war auch am folgenden Tage, am 1. Nov. 1884, ruhig, bis sie dann gegen Abend so tobsüchtig wurde, dass sie in die Maison de Santé zu Schöneberg-Berlin gebracht werden musste.

Hier wurde nun Folgendes aufgenommen: Pat. sehr wohlgebaut, im besten Ernährungszustande, zeigt weder an den Lungen noch am Herzen noch im Urin etwas Pathologisches. — Sie ist sehr erregt, schreit laut, weint und lacht durcheinander. Sie ist ganz verworren, spricht, sie wäre ein Backofen, ihre Umgebung sei Holz und Kohlen, sie sollte nun geheizt werden. Dann wieder: sie sei eine Majestät und noch mehr, sie sei eine Künstlerin und würde den Kronprinzen heirathen. Den Arzt hielt Pat. für eine andere Persönlichkeit, machte aber im Uebrigen demselben gegenüber eine Anzahl richtiger Angaben, nur wusste sie nicht, wo sie sich befand und meinte, sie wäre in ein falsches Zimmer gegangen.

Am 2. Nov. war Pat. nach einer ruhigen, aber schlaflosen Nacht wieder sehr erregt, schrie und lärmte. Sie wolle durchaus fort, sie sei falsch gegangen, man irre sich in der Person. Nach einem warmen Bade von 1 Stunde Dauer wurde sie für kurze Zeit ruhiger. Nachm. fing sie wieder an zu singen, zu schreien, schlug um sich, entkleidete sich. Plötzlich warf sie sich auf den Bauch, verstummte, bog den Kopf steif nach hinten und zuckte krampfhaft mit allen Extremitäten. Dabei trat Schaum aus dem Munde. Nach ca. 5 Minuten hörten die Convulsionen auf. Pat. erschien aber ganz bewusstlos, antwortete nicht, reagirte nur träge auf Berührungen der Sclera. Die Pupillen reagirten gut. Als sie dann allmälig zu sich ge-

Digitized by Google

kommen war, erschien sie ganz ruhig, blickt erstaunt um sich, fragt wo sie sei, wie sie hierher gekommen; sie sei doch nicht krank. Von dem eben durchgemachten Krampfanfall wusste sie gar nichts. Sie wollte dann nach Hause fahren und wurde, als man ihr die Thür nicht öffnete, gleich wieder erregter, schlug um sich und versuchte zu schreien. Als sie bemerkte, dass sie ganz heiser geworden, sagte sie: „Ihr habt mir Gift gegeben, dass ich meine Stimme verlieren soll." Den ihr gereichten Schlaftrunk vergoss sie und schrie: „Es ist Gift, ihr wollt mich umbringen." Pat. hatte Abends, nachdem sie den Tag über nur Flüssiges zu sich genommen, ordentlich gegessen.

Pat. schlief in der Nacht ruhig und erscheint heute am 3. Nov. ganz verändert. Nachdem sie noch des Morgens viel gelärmt und Verworrenes durcheinander gesprochen hatte, liegt sie jetzt ganz soporös da, mit geschlossenen Augen, und giebt nur selten auf Fragen unverständliche, verworrene Auskunft. Sie wird im Laufe des Tages 6 Mal von Krämpfen befallen, die immer nach zwei bis drei Minuten wieder aufhören. Dabei erscheint sie fast ganz bewusstlos. Die Zuckungen traten in der linken Gesichtshälfte auf, wobei schnalzende Geräusche mit dem Munde hervorgebracht werden; zuweilen zuckt auch der linke Arm mit. Kalter Schweiss bedeckt den ganzen Körper, der Speichel läuft aus dem Munde, zuweilen tritt Schaum vor den Mund. Die Pupillen sind weit, gleich, reagiren gut. Nadelstiche in die Nasenschleimhaut werden nur dann schmerzhaft empfunden, wenn sie tief geführt werden. Berührungen der Sclera lösen die Lidbewegung sehr langsam aus. Pat. macht nach dem Aufhören der Krämpfe einen müden, schlaffen Eindruck.

Am Abend war der Gesichtsausdruck der Pat. wieder natürlicher geworden; auch schien sie wieder mehr bei Bewusstsein zu sein: Sie sah sehr verdriesslich aus und gab als Grund dafür an, dass sie vorn an der Stirn heftige Kopfschmerzen empfände. Auf sonstige Fragen nach ihrem Namen, ihrem Alter reagirte sie in geordneter Art und Weise, wobei zuweilen ein Lächeln über ihre Gesichtszüge glitt. Sie wusste nicht wo sie sich befand.

Pat. hatte eine Temperatur von 38,4°, fieberhaft bewegten Puls und stark belegte Zunge. Die Untersuchung des Urins ergab keinen pathologischen Befund.

Pat. schlief in der ersten Hälfte der Nacht ruhig, wurde gegen Morgen laut, lärmte, und soll auch einmal eine Zeit lang ganz steif auf der Erde gelegen und mit allen Extremitäten gezuckt haben.

Am 4. Nov. lag sie früh ganz apathisch da, nahm aber Milch zu sich. Vormittags fing sie plötzlich wieder an mit der linken Gesichtshälfte zu zucken, auch gerieth der linke Arm mehrmals in Convulsionen. Dabei war der Kopf steif nach links gerichtet; beide Augäpfel starrten unverwandt nach links. Pat. liess fortwährend eigenthümliche, kurz abgestossene klagende Schreie ertönen. Nach ca. 5 Minuten hörten die Schreie und Convulsionen auf. Pat. lag jetzt ganz steif da, Kopf und Augäpfel nach links gerichtet. Beide Arme hielt sie steif und unbeweglich hoch, wobei Hände und Finger

Digitized by Google

in Krallenstellung verharrten. Tiefe Nadelstiche in die Nase riefen keine Reaction hervor. Berührung der Sclera erzeugte nur leises Augenblinzeln. Bei Application des elektrischen Pinsels machte Pat. leise Abwehrbewegungen, indem sie die Hand des Arztes zurückzustossen suchte. Dabei war das Gesicht schmerzlich verzerrt. Dieser starrsuchtähnliche Zustand blieb wohl mehrere Stunden bestehen. Den übrigen Tag liegt Pat. in normaler Haltung, aber ganz unzugänglich, still und mit geschlossenen Augen da, und nahm flüssige Nahrung nur widerwillig. Nachdem sie am Abend nochmals Convulsionen in allen Extremitäten gehabt hatte, verbrachte sie die Nacht schlaflos und unruhig.

Der Puls andauernd fieberhaft bewegt; Frequenz 120 Schläge. Temp. 38,2°—38,7°.

Am 5. liegt Pat. den ganzen Tag über apathisch da, rollt die Augäpfel nach oben, wenn man die Augen öffnen will, antwortet nicht und spricht öfters halblaut Unverständliches vor sich hin. Convulsionen der linken Gesichtshälfte traten heute nicht so häufig auf. Der Puls war bei fieberhafter Hauttemperatur frequent; 120—130 Schläge. Man bemerkt heute am Halse und auf Brust und Bauch diffuse, erbsen- bis bohnengrosse dunkelrothe Flecken, die bald auftreten, bald verschwinden. Fährt man mit einem Holzstäbchen über die Haut, so bilden sich lebhaft rothe prominirende, sehr langsam verblassende Striemen. Temp. 37,7°—38,7°—39°.

Nach einer unruhigen Nacht kommt Pat. am 6. Nov. gar nicht mehr zu sich, sodass sie keine Nahrung erhalten kann. Sie liegt in passiver Rückenlage, den Kopf unverwandt nach links gerichtet; ebenso sind die Augen grösstentheils starr nach links gerichtet. Fortwährend Zuckungen im linken Facialisgebiet, wobei sie mit dem Munde eigenthümlich kauende und saugende Bewegungen ausführt. Die Pupillen sind schrotkorngross, gleich, und reagiren sehr gut. Beim Stechen in die Nasenschleimhaut erfolgt zuweilen leises Runzeln der Stirn, gewöhnlich aber gar keine Reaction. Beim Berühren der Sclera mit der Nadel erfolgt nur sehr träges Augenblinzeln. Die Arme liegen ruhig, dagegen führen beide Hände unaufhörlich eine Art von unbeholfenen Greifbewegungen aus. Die Beine liegen ruhig, grade ausgestreckt. Das Kniephänomen ist erhalten, links verstärkt. Stich in die Fusssohle bleibt unbeantwortet. Die Brustwarzen reagiren beiderseits. Von Zeit zu Zeit scheint es, dass Pat. etwas zu sich kommt; sie öffnet dann die Augen, macht scheinbar spontane Bewegungen, antwortet aber nicht und schluckt nicht. Nach wenigen Minuten fällt sie wieder in den oben beschriebenen Zustand zurück.

Eine genaue Untersuchung der Lungen, des Herzens, des Abdomens, des Urins ergiebt nirgends abnorme Verhältnisse; insbesondere enthält der Urin, den übrigens Pat. von heute ab unter sich lässt, weder Eiweiss noch Zucker. Dagegen ist der Puls auffallend frequent; man zählt 130—140 Schläge. Er ist aber regelmässig und von leidlicher Spannung. Temp.: 38,7°—38,3°.

Digitized by Google

Am 7. Nov. besteht dieser Zustand unverändert fort. Vorwiegend ist es heute ausser der linken Facialishälfte der linke Arm, der von Convulsionen befallen wird, während der rechte Arm ruhig daliegt; dagegen machen auch heute beide Hände die eigenthümlichen Greifbewegungen. — Die Zunge und die Mundschleimhaut ist stark zerbissen und angeschwollen; vor dem Munde steht blutig gefärbter Schaum. Die Athmung ist regelmässig, aber schnarchend. Den im Munde befindlichen Schleim auszuwischen, gelingt nicht, da bei dem Versuche, die fest zusammengepressten Kiefer auseinanderzubringen, die Mundschleimhaut stark zu bluten anfängt.

Andauernde Bewusstlosigkeit. Pat. lässt den Urin unter sich. Keine Nahrungsaufnahme, kein Stuhl. Der Puls zeigt constant 130—140 Schläge, ist aber gut gespannt und gefüllt. Von Zeit zu Zeit machen sich Zähneknirschen und leise Aufschreie bemerkbar. Temp.: 38,3°—39,1°—39,7°.

Während der Nacht hält dieser Zustand unverändert an, und auch heute zeigt sich wesentlich dasselbe Bild, am 8. Nov.

Temperatur 39,9°—40,7°—40,1°.

Puls 160; Spannung leidlich.

Passive Rückenlage, Kopf und Augen starr nach links gerichtet. Der Kopf kann leicht bewegt werden, es bestehen keine Contracturen weder am Nacken noch an den Extremitäten.

Beständige sehr ausgiebige Zuckungen im linken Facialisgebiet und im linken Arm. Von Zeit zu Zeit bemerkt man leise, rasch wieder aufhörende Zuckungen in der rechten Gesichtshälfte, im rechten Arm, in den Beinen.

Unaufhörliches, lautes Zähneknirschen; zuweilen leise Aufschreie.

Pupillen klein, gleich, reagiren gut. — Man kann mit der Nadel über die Cornea fahren, ohne dass die geringste Reaction eintritt. Das Kniephänomen ist rechts verschwunden, links schwach, aber deutlich vorhanden. Brustwarzen erigiren sich noch nach Reibung.

Pat. lässt den Urin unter sich, und zwar in auffallend reichlicher Menge, obwohl sie gar nichts zu sich nimmt.

Blutiger Schaum steht vor dem Munde; die entsetzlich zerbissene Zunge ist zwischen den Zähnen eingeklemmt. Furchtbarer Foetor ex ore.

Die ophthalmoskopische Untersuchung ergiebt auf dem rechten Auge normale Verhältnisse; das linke Auge ist bei der Unruhe der Pat. schwer einzustellen.

Pat. athmet mit der rechten Brusthälfte weniger umfangreich, als mit der linken. Man constatirt hinten rechts unten handbreite Dämpfung über der Lunge mit leise bronchialem Athmen und kleinblasigem Rasseln.

Der Puls wird gegen Abend bei gleicher Frequenz von 160 auffallend klein und gering gespannt. Gegen Mitternacht hören die Krämpfe, die bis dahin mit ungeschwächter Kraft fortbestanden haben, auf, und eine Stunde später erfolgt unter zunehmender Herzschwäche und Cyanose der Tod.

Vergeblich war unser Bemühen, durch andauernde Application einer Eisblase auf dem Kopf und am Nacken, durch Einreibungen

Digitized by Google

der Schläfen- und Nackengegend mit grauer Salbe, durch Blutegel an den Processus mastoidei, dem jähen, furchtbaren Verlauf dieser schweren Krankheit Halt zu gebieten. Vergeblich aber war auch das Ringen nach Einsicht in das Wesen dieses merkwürdigen Krankheitsprocesses. Als die Patientin der Anstalt zugeführt wurde, da fehlte nichts, was dem Bilde einer acuten, frischen Manie nicht entsprochen hätte. Da waren jene höchstgradig gesteigerten Lustgefühle da, jenes übermüthig ungebundene Lärmen und Singen, da bestand eine nicht allzugrosse Bewusstseinsstörung, die sich in der Verkennung von Personen und Umgebung kundgab. Nachdem nun schon am dritten Krankheitstage epileptiforme Anfälle aufgetreten waren, die indess rasch vorübergingen und denen keine grössere Bedeutung beigelegt wurde, änderte sich das Krankheitsbild bereits am vierten Tage sehr wesentlich. Nachdem Pat. noch am Morgen vollkommen tobsüchtig gewesen war, geräth sie plötzlich in einen soporösen Zustand, in dem von Zeit zu Zeit klonische Krämpfe der linken Gesichtshälfte und des linken Armes auftreten. Gegen Abend tritt noch einmal ein lucides Intervall ein, indem Pat. auf Fragen reagirt und über heftigen Kopfschmerz klagt. Seit diesem Abend wird Fieber constatirt, das sich drei Tage lang auf gleicher mässiger Höhe hält, um dann am vorletzten und letzten Tage bis zum Tode ganz erheblich zu steigen. Auch macht sich bereits eine lebhafte Pulsfrequenz bemerklich, die immer mehr und mehr wachsend schliesslich den deutlichen Einfluss der Vaguslähmung documentirt. Während am fünften und sechsten Tage der Sopor ziemlich unverändert fortbesteht, Pat. auch noch gut schluckt, scheint die Reflexerregbarkeit immer mehr abzunehmen. Tiefe Nadelstiche in die Nasenschleimhaut rufen gar keine, Berührung der Sclera nur höchst träge Reaction hervor. Die Krämpfe sind vorwiegend in der linken Gesichtshälfte und im linken Arm localisirt; dabei sind Kopf und Augen starr nach links gerichtet. Die Hände machen öfters eigenthümliche Greifbewegungen. Am siebenten Tage ist das Coma vollständig ausgebildet. Pat. lässt alles unter sich, reagirt nicht mehr auf Anrufen, sensible Reizungen werden nicht mehr empfunden. Die Convulsionen der linken Gesichtshälfte und des linken Armes bestehen ununterbrochen fort. Zähneknirschen und Aufschreien, ersteres mit grosser Vehemenz, begleiten die unaufhörlichen Saug- und Kaubewegungen des Mun-

Digitized by Google

des. Es bestehen keine Lähmungen, keine Contracturen, keine Ungleichheit der Pupillen. In den Organen der Brust- und Bauchhöhle lässt sich nichts Abnormes nachweisen, bis auf die Pneumonie des rechten Unterlappens, die am neunten Tage constatirt wird. Da Pat. übrigens wegen des Comas seit drei Tagen keine Nahrung mehr erhalten hat, so ist diese Pneumonie — die sich später bei der Section als Schluckpneumonie herausstellte — nur so zu erklären, dass der im Munde befindliche, faulende, entsetzlich stinkende, blutige Speichel in die Luftwege hinabgeflossen ist. Am neunten Tage werden bei vorwiegender Localisirung der Krämpfe auf die bisherigen Theile wiederholentlich sämmtliche Extremitäten von Convulsionen befallen. In der Nacht zum zehnten Tage erfolgt im Coma der Tod.

Es ist nicht zu bezweifeln, dass das Krankheitsbild, wie es sich mit dem vierten Krankheitstage entwickelte, die Diagnose einer acuten, eitrigen Meningitis sehr nahe legte, besonders, da das Leiden mit starken Kopfschmerzen begonnen hatte und Pat. sogar in dem luciden Intervall des dritten Krankheitstages von selbst über Kopfschmerz klagte. Es fehlte zwar zu dem ausgesprochenen Bilde derselben vor Allem die ganze Symptomengruppe der Lähmungen und Contracturen. Indess bot der Beginn sowohl wie der Verlauf des Leidens des für die idiopathische Meningitis Charakteristischen genügend, um jenen Ausfall zu decken; man vergegenwärtige sich eben nur die Zusammenstellung des von Tag zu Tag zunehmenden Sopors, des Fiebers, der enormen Pulsbeschleunigung, der tonischen und klonischen Convulsionen. Freilich waren die Krämpfe so ausgesprochen localisirt, dass man recht gut an einen Gehirntumor denken konnte; doch fehlten dazu die Ausschlag gebenden Symptome der Stauungspapille und der Lähmungen. Ebenso lückenhaft musste sich die Diagnose eines Gehirnabcesses, eines Gehirncysticerkus gestalten, für die wohl eines oder das andere Symptom sprach, ohne dass die charakteristischsten und wichtigsten Merkmale da waren. Eigenthümlich und für die Meningitis grade nicht gewöhnlich war die Manie, mit der das Leiden begann. Die Aufmerksamkeit des Beobachters wurde von den somatischen Symptomen so gefesselt, dass er ganz vergass, dass es sich doch eigentlich um eine Psychose ausgeprägtester Art handelte, mit der die Kranke behaftet war, als sie den Schutz der

Digitized by Google

Anstalt suchte. Bei einem lebenslustigen, jungen Mädchen, das mit ganz kindlichem Gleichmuth und Leichtsinn selbst so erschütternden Scenen gegenübersteht, wie sie sich im Anfang d. J. vor ihren Augen abgespielt haben, tritt plötzlich, nach einer Erkältung zur Zeit der Periode, eine hochgradige Gemüthsverstimmung ein, die sich in düsteren Todesahnungen äussert. Mit einem Schlage setzt eine starke Tobsucht ein, mit Verworrenheit, Delirien, Ideenflucht, Lärmen und Schreien. Noch einige Male hellt sich das Bewusstsein auf; beim ersten Male nimmt die Kranke förmlich Abschied vom Leben und verkündet ihren letzten Willen. Diese Tobsucht führt in raschem Verlauf unter Fieber, Coma, Convulsionen zum Tod. Man ist gewöhnt, ein solches Krankheitsbild der maniakalischen Form des Delirium acutum zuzurechnen. Freilich muss man die Kranke in unserem Falle selbst gesehen haben, um von vornherein diese Diagnose vollkommen zurückweisen zu können. Denn wie zahm, wie mässig erscheint in unserem Falle die ganze Gruppe der Tobsuchtserscheinungen gegenüber denjenigen, die wir als Paradigma des Delirium acutum kennen gelernt haben, wo die Kranken sich unter den wildesten Delirien, den schranken- und maasslosesten Bewegungen wie ein abgehetztes Wild gradezu zu Tode rasen! Gegen die furchtbaren, gewaltigen Ausbrüche dieses glücklicherweise immerhin seltenen Leidens nimmt sich der Grad von Tobsucht in unserem Falle bescheiden genug aus. Vor allem fehlt aber hier das wichtige Symptom der enorm gesteigerten Reflexerregbarkeit, mit seinen der Hydrophobie so ähnlichen Schlingkrämpfen, mit seiner absoluten Unmöglichkeit einer Nahrungsaufnahme. Unsere Kranke hat bis zum Eintritt des Coma ordentlich Nahrung zu sich genommen. Wir mussten daher auch diese Diagnose fallen lassen, neigten uns immer wieder der Meningitis zu und gingen schliesslich in der Erwartung, diese zu finden, an die Section.

Die von Herrn Dr. *Jastrowitz* gemachte Section ergab Folgendes:

Ziemlich grosse Leiche. Wohlgenährtes Individuum mit citronengelbem, reichlich entwickeltem Fettpolster. Todtenstarre an allen Extremitäten. — Kopfhöhle: Der Schädel ist länglich, symmetrisch. Das Pericranium ist mit dem Schädel fest verwachsen. Die Tabula externa ist stellenweise geschwunden. Viele grosse Gefässlöcher. Das Schädeldach lässt sich schwer abziehen, da es mit der Dura an vielen Stellen verwachsen ist. Das Schädeldach mässig schwer. Die Nähte sind z. Th. verstrichen. Auf der Innen-

Digitized by Google

fläche des Schädeldaches starke Knochenvorsprünge, besonders tritt die Crista galli stark hervor. Auf der Höhe des Scheitels befinden sich zwei tiefe Gruben. Die Gefässfurchen sind links stärker als rechts.

Der Sinus longitudinalis enthält sehr wenig speckhäutiges Gerinnsel. Die Dura ist zart, nur auf der Scheitelhöhe etwas sehnig verdickt. Die Innenfläche ist glatt und glänzend. Die Dura der Basis zeigt eine ziemlich starke Füllung der ungewöhnlich breiten Sinus, welche tiefe Kanäle im Knochen bilden. Die vordere Schädelgrube ziemlich tief. Rechtes Foramen lacerum sehr gross. Die Sinus der Basis enthalten flüssiges Blut. An der Dura der Basis nichts Bemerkenswerthes. — Die Hirnhälften sind symmetrisch. Die Pia ist etwas ödematös und lässt sich leicht abziehen. Sie ist auf der Convexität überall klar; nur auf der Scheitelhöhe befinden sich reichliche Pacchionische Granulationen. Die Venen sind breit und mässig gefüllt. Die Pia der Basis ist durchsichtig klar. An den Gefässen der Basis nichts Auffallendes. Die Consistenz des Gehirns ist etwas weich und leicht ödematös. Die weisse Substanz hat einen grauen Ton und enthält viele Blutpunkte. Die graue Substanz ist bleich. Die Ventrikel sind mässig weit, leer; ihr Ependym ist glatt. Am 4. Ventrikel ausser einigen erweiterten Venen nichts Auffallendes.

Das Kleinhirn ist blutreicher als die andere Hirnmasse.

Die grossen Ganglien sind bleich. Weder in ihnen noch in den Hemisphären, noch im Pons oder Medulla oblongata Heerde; auch nicht im Kleinhirn. Insbesondere sind die Centralwindungen ganz normal. Das Cornu Ammonis hat keine von der übrigen Hirnmasse abweichende Consistenz. Die mikroskopische Untersuchung einiger Schnitte aus der Grosshirnrinde ergiebt nicht die geringste Abweichung vom Normalen.

Brust- und Bauchhöhle:

Der Panniculus adiposus des Abdomens ist 3 cm dick. Die Muskeln sind von normaler Farbe. Das Fett ist citronengelb.

Das Zwerchfell reicht links bis zur 4. Rippe, rechts bis zum 4. Intercostalraum. Die Leber liegt unter dem Rippenbogen. Magen, Colon, Dünndarm liegen vor; dieselben sind ziemlich aufgebläht. Kein Erguss in der Bauchhöhle. Peritoneum klar.

Die Rippenknorpel sind weich. Bei Eröffnung der Brusthöhle zeigt sich, dass die Lungen den grössten Theil des Herzens verdecken. Die linke Lunge ist durch einige Fäden mit dem Pericardium verbunden. — Im Herzbeutel nur wenig klare Flüssigkeit. Das Herz ist sehr lang und schlaff. Die Länge beträgt vom Aortenursprung bis zur Spitze $12^3/_4$ cm; die grösste Breite beträgt 10 cm. Der rechte Vorhof ist überaus prall gefüllt. Längs der grossen Gefässe, besonders an der Rückseite des Herzens leichte sehnige Züge. Das Mitralostium ist weit. Im linken Ventrikel geringe Menge ganz flüssigen Blutes. Im rechten Vorhof viel flüssiges, dunkel schwärzliches Blut. Der rechte Ventrikel weit, schlaff, leer. Die Aortenklappen halten das daraufgegossene Wasser. Beide Ventrikel sehr weit. Die Dicke des

Digitized by Google

Herzfleisches rechts $1^1/_4$ cm, links 3 cm. Die Klappensegelmuskel scheinen verlängert. An der Mitralis leichte Verdickungen mit einzelnen gelblich weissen Flecken. Das Herzfleisch durchweg weich und von ganz gelblichem Colorit. Die Aorta ist 5 cm breit. Auf der Intima befinden sich vom Klappenursprung an bis in die Aorta descendens, besonders am Abgang des Intercostales hinein viel gelblich weisse Rippchen, Streifen, Flecken, die nur wenig über das Niveau hervorragen und glatte Oberfläche besitzen. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergiebt sich, dass ein sehr grosser Theil der Primitivbündel wie bestreut mit einem feinen körnigen Pulver ist. Man erkennt hier keine Querstreifung. Diese Körnchen erweisen sich als Fettkörnchen, die in so grosser Menge da sind, dass die Primitivbündel von nichts Anderem erfüllt zu sein scheinen.

Lungen: linke Lunge ist an der Peripherie mässig, an der Basis stark mit dem Zwerchfell verwachsen. Sie ist überall lufthaltig; fühlt sich nur an den unteren hinteren Partien etwas derber an. Aus den Bronchien entleert sich viel schaumig blutige Flüssigkeit. Rechte Lunge ist im oberen und mittleren Lappen lufthaltig und entleert viel blutigen Schaum. Der untere Lappen ist ganz hepatisirt. Auf dem Querschnitt ist die Oberfläche granulirt und zeigt besonders stark an der Peripherie eine Menge kleiner, graugelber, luftleerer Heerde, die um die Bronchien gelagert sind und auf Druck eine fötid riechende, missfarbige Flüssigkeit entleeren.

Milz ist klein; runzlige Kapsel; Farbe auf dem Querschnitte schiefrig grau. Wenig Corpuscula Malpighii sichtbar.

Nieren: Linke Niere mässig gross. Die Kapsel ist dünn und lässt sich schwer abziehen, stellenweise mit Substanzverlust. Das Parenchym ist sehr schlaff. Die Rinde breit, lässt nur an einzelnen Stellen deutliche Structur sowie Glomeruli erkennen. Der grösste Theil der Rindensubstanz wie der Marksubstanz zeigt ein gelbliches Colorit, besonders markirt sich an der Marksubstanz diese gelbliche Verfärbung in Gestalt schmaler Streifen.

In der rechten Niere die gleichen Verhältnisse wie links. Bei der mikroskopischen Untersuchung erkennt man in dem sonst nichts Abweichendes zeigenden Stroma eine nicht unerhebliche Zahl von gewundenen und graden Harnkanälchen im Zustande starker Verfettung.

Magen ist sehr ausgedehnt, enthält eine grössere Menge einer dunkelbräunlichen Flüssigkeit. An der Schleimhaut nichts Auffallendes.

Leber: Ueberzug etwas weisslich verdickt. Sehr blutreich. Die Zeichnung der Acini verwischt. Nirgends eine Spur von Fett, Gallenblase gefüllt. Gallenwege durchgängig.

Uterus: befindet sich in normaler Lage, ist gänseeigross und fühlt sich derb an. Der äussere Muttermund ist offen. Beim Druck auf den Uterus entleert sich hier eine trübe Flüssigkeit. Der Uterus ist 6 cm lang, wovon auf den Cervix 2 cm entfallen. Die Muskelsubstanz ist äusserst derb und sehr verdickt; auf dem Durchschnitte viel klaffende Gefässe. Die Schleimhaut des Uterus bietet nichts Auffallendes.

Digitized by Google

An den breiten Mutterbändern sowie an den Tuben nichts Auffallendes. Das linke Ligamentum rotundum erheblich kürzer wie das rechte.

Ovarien sind beide hühnereigross. Die Oberfläche beider ist sehr uneben und schiefrig gefärbt. Das rechte Ovarium bietet an einigen Stellen deutliches Gefühl von Fluctuation. Beim Durchschneiden entleert sich etwas klare, seröse Flüssigkeit. Die Fläche des Durchschnitts ist intensiv roth; das Parenchym fühlt sich sehr derb an. An vielen Stellen, besonders aber am Rande, befindet sich eine Anzahl von Cysten von Erbs- bis Kirschkerngrösse, die z. Th. noch mit seröser Flüssigkeit gefüllt sind. Im äusseren Theil des Ovariums sieht man auf dem Durchschnitt eine kirschgrosse, runde Geschwulst von derber Consistenz und fibröser Masse [1]); die Farbe ist schiefrig grau. Im linken Ovarium hat das Parenchym gleiche Beschaffenheit. Auch in ihm befinden sich eine allerdings kleinere Anzahl von Cysten mit hellem Inhalt und ausserdem am äusseren Rande eine etwas derbere kirschgrosse Cyste, deren Inhalt aus einer weissen, schmierigen Masse besteht. In der letzteren kann man verhornte Epithelzellen, Fettkörnchenzellen, sowie freie Fetttröpfchen nachweisen.

Die Diagnose wird demnach lauten:

Mässiges Hirnödem. Anämie der grauen Substanz und der grossen Ganglien. — Verfettung des Herzens, der Aortenintima, beider Nieren. — Schluckpneumonie des rechten unteren Lungenlappens. — Chronische Metritis. — Cystöse Degeneration beider Ovarien. Dermoidcysten beider Ovarien. — Oophoritis chronica fibrosa.

Es hat sich also auch in unserem Falle der Gehirnbefund durchaus negativ gestaltet; wenigstens dürfte keiner die mässige Anämie der grauen Substanz und des Hirnstammes für die Ursache der gewaltigen corticalen Reizung ansehen, die unseren Fall ausgezeichnet haben. Weder für eine Meningitis noch für eine sonstige materielle Hirnerkrankung hat sich irgend ein Anhaltspunkt gefunden. Um so merkwürdiger sind dafür die extracephalen Befunde. Wir sehen da eine exquisite Verfettung des ganzen Herzens und der Aortenintima bei einem jungen, bis dahin gesunden Mädchen, die so intensiv ist, wie man sie nur bei Infectionskrankheiten und Phosphorvergiftung zu finden gewohnt ist. Dazu kommt eine nicht unerhebliche Verfettung beider Nieren, die um so mehr überrascht, als am siebenten Krankheitstag der Urin noch frei von Albumen war.

---

[1]) Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass diese Geschwulst Haare, Knochenplättchen, sowie hyalinen Knorpel enthielt, also ein richtiges Teratom war.

Digitized by Google

Nun genügt freilich dieser Herz- und Nierenbefund noch nicht, um die Diagnose einer Infectionskrankheit zu stellen; auch sprechen das Fehlen jeglicher Milzveränderung sowie die mässige Temperaturerhöhung (abgesehen von der durch die Schluckpneumonie bedingten starken Erhöhung der letzten Tage) gegen die Annahme einer Infection. Und welcher von den uns bekannten Infectionskrankheiten sollte denn auch der Fall entsprechen? Es würde vielleicht einzig und allein die epidemische Form der Meningitis cerebro-spinalis in Betracht kommen. Wir haben aber bereits oben gesehen, dass nicht allein der klinische Verlauf dagegen spricht, sondern auch der negative Sectionsbefund im Gehirn. Es lag ferner nahe, bei dem Befunde an Herz und Nieren an die Phosphorvergiftung zu denken. Doch abgesehen davon, dass sorgfältige Nachforschungen bei den Angehörigen sowie die Anamnese dafür gar keine Anhaltspunkte boten, fehlte ja auch in unserem Falle jedes Erbrechen, jeder Icterus, es fehlten bei der Section die Verfettung der Magenschleimhaut und die hochgradige Leberveränderung, die nun einmal zum Bilde der Phosphorintoxication gehören. Wenn wir also auf diesem Wege zu keiner Einsicht in den Fall gelangen, so dürften wir darum noch nicht verzagen, da ja die höchst merkwürdigen Veränderungen des Genitalapparates noch nicht ihre Berücksichtigung gefunden haben. Es ist gewiss schon an und für sich sehr sonderbar, bei einem jungen blühenden Mädchen mit wohl erhaltenem Hymen solch schweren Uterusinfarct, solch hochgradige cystöse und fibröse Degeneration der Ovarien anzutreffen.

Leider konnte uns über die früheren Menstruationen nichts mitgetheilt werden; es scheint aber doch, als hätte die Kranke früher unter diesen doch gewiss schon alten Genitalleiden nicht zu leiden gehabt. Nichtsdestoweniger werden wir dem Umstand grosse Bedeutung beilegen müssen, wenn Jemand mit solch krankhaftem Genitaltractus sich zur Zeit der Periode eine heftige Erkältung zuzieht. Und thatsächlich datirt ja die Krankheit unserer Patientin von einer solchen Gelegenheitsursache an. Könnten wir nun in der That annehmen, dass in Folge von Erkältung zur Zeit der Menses bei einem in chronischem Reizzustande befindlichen Genitalapparat, durch reflectorische Vermittelung zu den Centralganglien des Rückenmarks und den motorischen Regionen des

Digitized by Google

Grosshirns jener Complex von schweren Hirnreizungen ausgelöst worden ist?

Wie es zweifellos Fälle von Psychosen mit sexuellen Localleiden der verschiedensten Art ohne jede nachweisbare gegenseitige Beziehung giebt, so steht es auf der anderen Seite ebenso sicher begründet, dass zwischen Sexualleiden und Geisteskrankheiten ein inniger Zusammenhang vielfach aufgefunden werden kann. Wie *Schüle* in seinem Handbuch hervorhebt, kann eine Sexualerkrankung die allgemeine Widerstandskraft des Nervensystems herunter-setzen und durch Schaffung einer individuellen Prädisposition bei unbedeutenden Gelegenheitsursachen die eigentliche Psychose wachrufen. Sie kann aber auch durch Schaffung einer allgemeinen Anämie oder spinaler Hyperästhesie die directe Grundlage für Entstehung von Psychosen erzeugen. Schiesslich sind Psychosen beobachtet worden, die in einem direct reflectorischen Zusammenhang mit Lageveränderungen des Uterus standen, und besser und schlechter wurden, je nachdem das Uterusleiden beseitigt wurde oder wiederkehrte. In diesem Sinne also könnten wir sagen, dass in unserem Falle durch das sexuelle Localleiden, theils durch Erzeugung individueller Prädisposition theils durch Reflexvorgänge die Psychose entstanden sei, wohlverstanden aber erst, nachdem jenes Localleiden eine heftige, acute Reizung erfahren hatte. Alles dies könnten wir aber doch nur zu Erklärung der Entstehung der Krankeit benutzen, die Einsicht in die Art und das Wesen der Krankheit wird dadurch nicht gefördert.

Da ist es nun von höchstem Interesse, die ganz überraschende Analogie unseres Falles mit den drei von *Meyer* beschriebenen und oben ausführlich erörterten Fällen zu studiren. Wir sehen da in Fall I und III bei einem jungen gesunden Mädchen plötzlich eine Tobsucht ausbrechen, die unter Fieber, hoher Pulsfrequenz, Coma und Convulsionen sehr rasch zum Tode führt. Fall II ist nicht so ganz rein, da Patientin, übrigens auch ein junges Mädchen, früher schon mal tobsüchtig gewesen war und später hysterische Erscheinungen gezeigt hat. Doch auch hier führt eine plötzlich aufgetretene Tobsucht unter Fieber, Convulsionen und Bewusstseinsverlust rasch zum Tode. Diese Analogie, die wir in den vier Fällen von acutem tödtlichen Irresein finden, tritt noch weit eclatanter hervor, wenn wir die Sectionsberichte vergleichen.

Digitized by Google

Hier wie dort negativer Hirnbefund, hier wie dort flüssiges Blut. In Fall II und III Verfettung des Herzens, in Fall III sogar auch der Aorta. In allen drei Fällen Retroflexio des Uterus, sowie Entzündung seiner Schleimhaut, in Fall III sogar chronische Metritis, in Fall II und III cystöse Degeneration der Ovarien. In keinem der drei Fälle Milzveränderung. Man wird somit ohne Weiteres zugeben können, dass es sich hier wie in unserem Falle um dieselbe Krankheit gehandelt habe, eine Krankheit, deren Hauptcharakteristicum im Leben die Symptome der frischen Meningitis waren und bei der man später nichts im Gehirn, wohl aber schwere Veränderungen im Circulations- und Sexualapparat fand. *Meyer* beschreibt seine Fälle unter dem Namen: „acute tödtliche Hysterie". Nun zeigen aber seine Fälle, höchstens mit Ausnahme des zweiten, gar nichts Hysterisches, ganz wie der unsrige. Man müsste dann Jeden, der Veränderungen im Sexualapparat hat und psychisch erkrankt, hysterisch nennen, eine Argumentation zu der wir uns nicht mehr bekennen können. Die Gynäkologen gehen ja vielleicht etwas zu weit, wenn sie heute überhaupt den Zusammenhang der Hysterie mit Sexualleiden läugnen. Warum soll nicht auch einmal die Hysterie auf der Basis schwerer Sexualleiden entstehen! Aber dann muss man auch diejenigen psychischen Symptome finden, die heutzutage als zum Wesen des Krankheitsbildes der Hysterie gehörig anerkannt sind. Diese Symptome vermisse ich aber sowohl in *Meyer*'s Fällen wie bei meiner Kranken, und deshalb kann ich meinem Fall den nicht gerade glücklich gewählten Namen „acute tödtliche Hysterie" nicht geben. Wohl aber muss er mit den *Meyer*'schen Fällen zusammengestellt werden, um eine Lücke auszufüllen, die für das Capitel von den acuten tödtlichen Psychosen bisher in unseren Handbüchern besteht. Möglich ist es, dass derartige Fälle bereits häufiger beobachtet worden sind, aber unter dem Namen Delirium acutum oder Meningitis in der Litteratur verzeichnet stehen. Zweck dieser Veröffentlichung ist nun darauf hinzuweisen, dass diese bisher noch ganz unbegreiflichen Fälle eine selbstständige Stellung in der Pathologie der Geisteskrankheiten verdienen.

Herrn Dr. *Jastrowitz* sage ich meinen herzlichsten Dank für die freundliche Ueberlassung dieses Falles sowie für die reichhaltige Anregung bei dieser Arbeit.

Digitized by Google

Zum sog. hallucinatorischen Wahnsinn.

Von

Dr. P. Mayser
Burghölzli bei Zürich.

Um die Mitte der sechziger Jahre fing man in Deutschland theilweise an, *Griesinger*'s Auffassung der partiellen Verrücktheit[1]) als eines Zustandes, der sich ausschliesslich secundär d. h. im Anschluss bezw. aus einer Melancholie oder Manie entwickeln soll, fallen zu lassen. Nachdem man dann fernerhin erkannt hatte, dass das, was jener Autor als Vertreter der modernen Psychiatrie (§ 141 ff. seines Lehrbuchs) Wahnsinn nannte, keinem einheitlichen Krankheitsbilde entsprach, schienen die richtiger gestellten Begriffe auch neuer Namen zu bedürfen. Und in welcher Weise geschah dies? *Snell*[2]), der 1865 in seinem Vortrag auf der Naturforscherversammlung zu Hannover zum ersten Mal die Axt an die *Griesinger*'sche Lehre von jener ausschliesslichen Entstehung der Verrücktheit aus Affectstörungen angelegt hatte, nannte die primäre Krankheitsform, die klinisch der partiellen Verrücktheit *Griesinger*'s entsprach, primären oder eigentlichen Wahnsinn oder Monomanie, ein Ausdruck *Esquirol*'s, den schon *Griesinger* für vorzugsweise seiner partiellen Verrücktheit entsprechend bezeichnet hatte. Wahnsinn nach Melancholie und Manie oder auch im Anschluss an Epilepsie (*Griesinger*'s Verrücktheit) nannte *Snell* 8 Jahre später[3]) im Einverständniss mit der Mehrzahl seiner Zuhörer secundären oder uneigentlichen Wahnsinn, ja

[1]) Path. u. Ther. d. psych. Krankh. Braunschw. 1871. § 147 ff.
[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXII. p. 368 ff.
[3]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. p. 319 ff.

Digitized by Google

Meschede [1]) sprach sogar von einem partiellen Wahnsinn synonym der partiellen Verrücktheit *Griesinger's*. Ein Theil der deutschen Irrenärzte folgte dieser Ausdrucksweise *Snell's* z. B. *Hertz* [2]), *Ripping* [3]), *Nasse* [4]), *Schäfer* [5]) u. s. w., indess *Schüle* [6]) unter Wahnsinn eine secundäre Krankheitsform mit dem Charakter der Schwäche verstand, wieder andere aber mit Wahnsinn im Allgemeinen nur Irresein mit fixirten Wahnvorstellungen bezeichneten. Inzwischen hatte *Griesinger* [7]) bereits selbst (2. Mai 1867) seine Ueberzeugung vom protogenen Vorkommen des *Snell'*schen Wahnsinns (seiner eigenen partiellen Verrücktheit) erklärt, den er nun seinerseits primäre Verrücktheit nannte.

Auf der 49. Naturforscherversammlung zu Hamburg trat 1876 *Westphal* unter Berufung auf die Mittheilungen von *Snell* [8]), *W. Sander* [9]) und *Sammt* [10]) mit einer Klassification der primären Verrücktheitsformen hervor. Autoren sowie die Lehrbücher schlossen sich an diese Benennungsweise *Westphal's* an, z. B. *Leidesdorf* [11]), *Koch* [12]), *Jung* [13]), *Schüle* [14]), *Merklin* [15]), *Krafft-Ebing* [16]) u. s. w., während jetzt andere wie z. B, *Ripping* [17]), *Schäfer* [17]), *Hertz* [17]) etc. die *Snell'*sche Bezeichnungsweise beibehielten aus Gründen, die wir hier nicht wiederholen wollen. Dass allerdings bei dieser Gelegenheit mit der sog. primären Verrücktheit theil-

[1]) Ibid. p. 109 ff.

[2]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXX. p. 471 ff., Bd. XXXIV. p. 271 ff

[3]) Die Geistesstörungen d. Schwangeren. Stuttgart 1877. p. 49 ff.

[4]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV. p. 167 ff.

[5]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXV. p. 219 ff., Bd. XXXVI. p. 214 ff., Bd. XXXVII. p. 55 ff.

[6]) Handb. d. Geisteskrankheiten. 1878. p. 464 ff.

[7]) Arch. f. Psych. Bd. I. p. 148.

[8]) a. a. O.

[9]) Archiv f. Psych. Bd. I. 1868. p. 387 ff.

[10]) Naturwissenschaftl. Methode in d. Psych. Berlin 1874.

[11]) Psychiatr. Studien aus d. Klinik d. Prof. *M. Leidesdorf*. Wien 1877. p. 227 ff. (eigentlich rein formell).

[12]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXVI.

[13]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXVIII. p. 561 ff.

[14]) a. a. O. p. 468 ff.

[15]) Stud. üb. d. primäre Verrücktheit. I.-D. Dorpat 1879.

[16]) Lehrb. d. Psych. auf klin. Grundlage. Stuttg. 1879.

[17]) a. a. O.

Digitized by Google

weise etwas kritiklos umgesprungen wurde, hoffe ich im Folgenden zu zeigen. Einstweilen geht aus dieser kurzen geschichtlichen Zusammenstellung soviel hervor, dass in der neueren deutschen Psychiatrie sich die Begriffe Wahnsinn und primäre Verrücktheit bei den Autoren in den meisten Fällen decken. — Merkwürdigerweise stellt nun einer unserer neuesten und bewährtesten Lehrmeister, ***Krafft-Ebing***, im II. Bande der II. Auflage seines Lehrbuches unter der Gruppe der primären heilbaren Psychoneurosen pag. 83 ff. ein Krankheitsbild auf, das er hallucinatorischen Wahnsinn nennt, während er die primäre Verrücktheit ***Westphal***'s unter die psychischen Entartungen aufnimmt. Dieser hallucinatorische Wahnsinn steht nach ***Krafft-Ebing*** auf dem Boden einer functionellen Erschöpfung, einer Asthenie des Nervensystems in Folge von schwächenden acuten oder chronischen Krankheiten oder Einflüssen überhaupt, ähnlich der primären Dementia, der Stupidité der Franzosen; er ist gleich dieser eine primäre heilbare Krankheitsform, ausgezeichnet durch lähmungsartige Schwäche der höchsten psychischen Functionen, darniederliegende Fähigkeit willkürlich logisch zu denken, zu schliessen, zu combiniren, bedeutend geschwächtes Aufmerksamkeits- und Apperceptionsvermögen, also beträchtliche Umnebelung des Bewusstseins neben gleichzeitig intensiv gesteigerter Erregbarkeit und Erregtheit der Sinnescentren und theilweise auch der psychomotorischen Centren im Cortex. Symptomatisch ist diese Krankheitsform charakterisirt durch den acuten Beginn, durch das Vorherrschen zahlreicher Sinnestäuschungen und daraus sich bildender fliegender Wahnideen mit entsprechendem Wechsel der reactiven Stimmung sowie entsprechenden Handlungsanomalien, ferner durch die bestehende Bewusstseinstrübung und endlich durch den Ausgang in Genesung oder in die paralytische Erregbarkeitsmodification der höchst differenzirten Nervenmasse d. h. in Stupor und apathischen Blödsinn. Es versteht sich sodann beiläufig gesagt von selbst, dass die dieser Krankheit zu Grunde liegende Asthenie der Nervencentralorgane besonders leicht zu Stande kommen muss bei widerstandsunfähigen, also namentlich bei erblich zur Psychose veranlagten Gehirnen.

Verfolgen wir jetzt in Kurzem die Geschichte dieses hallucinatorischen Wahnsinns in der deutschen Literatur, so scheint mir, wie dies auch ***Krafft-Ebing*** andeutet, zunächst die Mania hallu-

Digitized by Google

cinatoria *Mendel's*[1]) hierher zu gehören, wenigstens sprechen hiefür die von jenem Autor an Ort und Stelle angezogenen Beispiele. In allen diesen handelt es sich um vorausgegangene depotenzirende Einflüsse oder habituell anämische Zustände, worauf die Psychose ganz acut beginnt mit zahlreichen Hallucinationen und Illusionen sowie beträchtlicher Bewusstseinsstörung und unter zeitweilig ziemlich heftiger motorischer Erregung relativ rasch in Heilung übergeht. Einige gute Bilder der in Frage stehenden Irrsinnsform zeichnet *Fritsch*[2]) unter dem Namen der „hallucinatorischen Verwirrtheit". Er schliesst an die von *Ruben* und *Hösterman*[3]) nach *Meynert* als pseudaphasische Verwirrtheit geschilderten Fälle, wovon auch *Schlangenhausen*[4]) einen veröffentlicht hat. *Meynert*[5]) und mit ihm *Fritsch* identificiren ihre acute primäre und heilbare hallucinatorische Verwirrtheit vollständig mit der acuten primären hallucinatorischen Verrücktheit *Westphal's*, wie sie dieser seiner Zeit[6]) aufgestellt hatte. Der Klassification der primären Verrücktheit durch *Westphal* haben wir oben bereits gedacht; ich füge hier nur noch hinzu, dass *Schäfer*, welcher der *Westphal*'schen Klassification nicht blos folgt, sondern sie sogar noch erweitert[7]), zwei Fälle von acutem Wahnsinn schildert, die gleichfalls hierher gehören, ich füge ferner hinzu, dass auch die erste Gruppe der von *Kretz*[8]) auf der 15. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe als primäre Verrücktheit (hallucinatorisch-wahnhafter Process) mitgetheilten, sowie die von *v. Voigt*[9]) als Erschöpfungsdelirien, von *Kirn*[10]) als Gefängnisswahnsinn bezeichneten Krankheitsbilder und endlich ein von *Buch*[11])

---

[1]) *Mendel*, Die Manie (Monogr.). Wien u. Leipzig. 1881. p. 55 ff.
[2]) Jahrbücher f. Psych. v. *Meynert*. II. Jahrgang. Wien 1881. p. 27 ff.
[3]) Centralblatt f. Psych. u. forens. Psycholog. Wien 1874.
[4]) Jahrbücher f. Psych. v. *Meynert*. II. Jahrg. 1881. p. 196 ff.
[5]) Ibid. p. 181 ff.
[6]) a. a. O. p. 253 (Form III).
[7]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXVII. p. 58 u. 62 ff.
[8]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XL. p. 281 ff.
[9]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIX. p. 801.
[10]) Ibid. Bd. XXXVII. p. 720.
[11]) Arch. f. Psych. Bd. XI.

Digitized by Google

beschriebener Fall von acuter primärer Verrücktheit gleichfalls hierher gehören. Zum Schlusse muss ich noch auf die postfebrilen bezw. asthenischen Psychosen der Bienenarbeit *Kraepelin's* [1]), dann auf die Veröffentlichungen *Kirn's* [2]) über denselben Gegenstand, ferner auf den Aufsatz von *Scholz* [3]) und vielleicht noch auf so manche, da und dort in der Literatur niedergelegten casuistischen Beobachtungen von Intoxicationspsychosen aufmerksam machen, auf Fälle, wobei die Psychose nicht so fast Resultat der directen Schädigung des Gehirns durch das Gift, als vielmehr Folge der allgemeinen Ernährungsstörung durch die Intoxication gewesen ist.

Kehren wir jetzt aber wieder zu unserem Ausgangspunkt, dem hallucinatorischen Wahnsinn *Krafft-Ebing's*, zurück, so scheint mir aus unserer kurzen, literarischen Auseinandersetzung hervorzugehen, dass der Name Wahnsinn für die vorliegende Krankheitsform nicht ganz glücklich gewählt ist. Bedenken wir, dass sich die deutschen Irrenärzte nicht darüber einigen konnten ob sie die Paranoia *(Kahlbaum, Mendel)* Wahnsinn oder Verrücktheit nennen sollten, dass ferner nach dem derzeitigen Sprachgebrauch Wahnsinn und Verrücktheit eigentlich identisch sind, während sich der hallucinatorische Wahnsinn von der Paranoia stricte unterscheidet. Die *Meynert'*sche Schule nennt nun die Krankheit hallucinatorische Verrwirrtheit, andere, z. B. *Wille* [4]) wie es scheint, acute Verwirrtheit, wieder andere, z. B. *Schäfer* [5]) bald acuter Wahnsinn, bald primäre Verwirrtheit, sofern sie letzterer als selbständige Theilform der Vesania typica *Kahlbaum's*, als Correlat des III. Stadiums derselben, der secundären Verwirrtheit nach Manie (Allgemeine Verrücktheit, *Griesinger*) auffasst. Zwar scheinen mir die Bedenken *Fürstner's* [6]) gegen die letztere rein symptomatologische Bezeichnung durch die Auseinandersetzung von *Fritsch* [7]) genügend zurückgewiesen, aber nach den gemachten

---

[1]) Arch. f. Psych. Bd. XI. u. XII.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIX. p. 739 u. Deutsche mediz. Wochenschr. 1882. No. 27.

[3]) Arch. f. Psych. Bd. III. p. 731 ff.

[4]) Ueb. d. Prodromalstadien d. Psychos. v. *Riedtmann*. Basel 1884.

[5]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXVI. p. 252 ff.

[6]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XL. p. 282 ff.

[7]) a. a. O. p. 37/38.

Digitized by Google

Erfahrungen dürfte es sich doch empfehlen, für die in Frage stehende wohl charakterisirte Krankheit auch eine charakterisirende und keiner Verwechselung zugängliche Benennung einzuführen. Und welche? Ich werde im Folgenden ein paar diesbezügliche Fälle, wie sie an jeder besser frequentirten Anstalt wenn auch im Ganzen relativ selten zur Beobachtung kommen, kurz zu erzählen versuchen.

1) M. K., 38 J. alt, Wittwe, Glätterin. Vater starb an Apoplexie, ein Onkel war geisteskrank, weitere anamnestische Momente puncto Heredität fehlen. Periode immer regelmässig. Von Haus aus leichtsinnig, zu Ausschweifungen geneigt; gebar 3 mal bei rachitischer Beckenenge, einmal ein uneheliches Kind, nach des Mannes Tod im Concubinat erzeugt. Sehr kümmerliche ökonomische Verhältnisse. Im Mai 1883 vierwöchentlicher Typhus. In der Reconvalescenz liess sie ihr früherer Liebhaber angeblich wegen Untreue im Stich und hing einem anderen Frauenzimmer an. Eifersüchtige Aufregung darob. Schläft jetzt unruhig, klagt über Kopfweh und Congestionen, ist weinerlich, gedrückter Stimmung und sehr unaufmerksam bei der Arbeit. In der Nacht vom 26./27. October auf einmal sehr erregt, sieht Flammen allüberall, schreit um Hülfe, sieht sich von Verfolgern umstellt, die ihre Kinder entführen, hört Lärm, Pistolenschüsse, ein Blasen in der Luft, hat das Gefühl als wäre eine Maschine in ihrem Kopfe thätig. Bei Tag auf der Strasse hält sie das Tramway bald für ein Thier, bald für einen Todtenwagen und flieht davor. Sie zeigt auffällige Gedächtnisslücken, wird zusehends verwirrter und kommt am 16. November in die Anstalt. — Kleine, rachitische, schlecht genährte Person, anämisch, mit Hängebauch und schlotternden Lenden. Keinerlei Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Pupillen ziemlich weit, gleich, gut reagirend. Gesichtsausdruck gemein und verkommen, äusserst benommen. Starrt vor sich hin, tappt blind umher, weinend und schluchzend, absolut desorientirt. Antwortet unsinnig und verwirrt, wähnt sich auf einem Schiff, auf einer Reise nach Amerika, meint im Februar zu sein u. s. w., rühmt daneben in erotischen Ausdrücken die Schönheit ihres Geliebten, verkennt ihre persönliche Umgebung gänzlich. Sie lebt in einem Meer von Hallucinationen und Illusionen. Sie hört, sie habe angezündet, Banken beraubt mit einem Italiener, man habe sie mit einer Pistole in den Unterleib geschossen, der Teufel komme sie zu holen: „kommt nur alle, der Kopf ist ihr schon herunter“ u. dgl. Nachts sehr unruhig, steht oft auf und läuft umher. — In den nächsten Tagen zuweilen etwas klarer[1]), bald weinerlich, bald mehr erotisch, schmiegt

[1]) Nicht selten und namentlich am Morgen erschienen in unserer Krankheit die Patienten vorübergehend auffällig besonnen ja sogar einsichtig. Sie sind erstaunt oder betrübt über ihre Lage, wähnen sich verhext u. dergl., berichten über ihre Täuschungen und Wahnideen wie über Träume, in der

Digitized by Google

sich an, Menses mit continuirlicher grösserer Verwirrung. Bettlage. Roborantien. 1. Dec. Wieder ganz klar; referirt über das Erlebte. 1. Jan. 1884 geheilt entlassen.

2) L. P., 27 Jahre alt, Fabrikarbeiterin, virgo. Vater trunksüchtig, Mutter apoplectisch, Onkel väterlicherseits moralisch verkommen. Intelligentes Mädchen, unregelmässig menstruirt, seit dem 17. Jahre stets zur Zeit der Regel auffallend hastig und gereizt. Chlorotisch, zart. Aermliche Verhältnisse. Vor einigen Monaten Tod der Mutter. Tief betrübt aber innerhalb physiologischer Breiten. Vor 15 Tagen Wortwechsel mit einem Bruder, der sie empfindlich tadelt, bedroht, schlägt. Andern Tages grosse Mattigkeit, Appetitmangel, Schwindel, Brechreiz, andauernde Schlaflosigkeit. Muss beständig über den Streit mit dem Bruder nachgrübeln. Am 3. Tage Wahnideen. Sie glaubt, der Bruder wolle sie tödten, das Essen schmeckt nach Gift, meint, man wolle sie mit dem Fieberthermometer erdolchen, hört Läuten, sieht mit Schrecken Schaaren von Leuten, die ihr Bett umstehen u. s. w. Zwischenhinein lächelt sie wieder ganz vergnügt, schlägt verzückt die Augen auf, sieht ihre verstorbene Mutter im Himmel, hört die Engel dazu singen, jammert dann wieder, glaubt sterben zu müssen. Sie hat jetzt keinen Schwindel mehr, ist aber sehr unbesinnlich, weiss häufig nicht, ob sie schon zu Mittag gespeist hat, drängt zuweilen fort, in's Wasser. 12. März in die Anstalt aufgenommen.

Sehr anämisch, schlecht genährt, klein, sonst körperlich gesund, äusserst zerfahren, ängstlich, benommen, zuweilen vorübergehend geordnet, giebt Auskunft. Habe vor circa 14 Tagen in Folge eines Aergers alle Besonnenheit verloren, sei wie verhext gewesen. Was seither mit ihr vorgegangen sei, wisse sie nicht, sie erinnere sich nur, dass eine Anzahl Leute in farbigen Kleidern um sie gewesen seien und ihr gesagt haben, sie müsse nicht sterben. Sie glaube, dass dies ihre Verwandten gewesen seien, warum sie sich aber verkleidet hätten, wisse sie nicht. Wenn sie die Augen jetzt schliesse, so kehre ihr alles dies wieder zurück, wie wenn es hier geschähe. Pupillen gleich, mässig weit, reagiren prompt, Sehnenreflexe dem Anscheine nach herabgesetzt. Die Kranke giebt wiederholt an, wenn sie die Augen schliesse und sich auf einen Stuhl setze, so werde sie wie betäubt, fühle Hitze im Kopf, werde ganz verwirrt, stehe sie aber auf, so schaueten alle anderen Kranken auf sie und riefen ihr zu „sei still", „sei ruhig". Man möge sie sofort tödten, wenn sie doch sterben müsse.

23. März. Noch immer schwer benebelt und meist ganz verworren, weiss sich kaum zu helfen vor meist schrecklichen Gehörstäuschungen und verkriecht sich entsetzt in ihre Kissen.

1. April. Zeitweilig noch ängstlich, aber besonnener, fängt an zu arbeiten.

Regel aber dauert dieser Zustand nur kurze Zeit, und sie fallen alsdann schnell wieder in ihre ursprüngliche Verwirrtheit zurück.

Digitized by Google

30. April. Völlig normales Verhalten; erzählt von ihren Täuschungen; wird in den nächsten Tagen geheilt entlassen.

3) E. T., 51 Jahre alt, Weberin, hat einen geisteskranken Grossvater und war selbst schon 2 mal in der Anstalt gewesen je 3 Monate post partum. Von früheren körperlichen Krankheiten ist nichts zu erwähnen ausser einem Abscess am Halse, wovon die Vernarbung sichtbar. Seit ihrer Verheirathung zunehmend profusere Menstrualblutungen, so dass sie successive anämischer wurde. 5 Geburten. Nach der 4. kurzer Anfall, nach der 5. 3 Monate hallucinatorisch wahnsinnig (*Krafft-Ebing*). In den letzten Jahren Menses bedrohlich. Februar 1883 Unterleibskrämpfe und Retentio urinae. Seit Mai 1883 entwickelte sich unter heftigen Schmerzen, Unfähigkeit zu uriniren, massenhaftem Blutabgang ein kindskopfgrosses Fibroid der vorderen Uteruswand. Fieberhafter Blasenkatarrh; muss katheterisirt werden; Patientin kommt in die gynäkologische Klinik um sich operiren zu lassen.

24. Febr. 1884. Morgens Ausspülung der Blase. Patientin ist psychisch völlig normal. Um 10 Uhr Besuch zweier Söhne, die sie voll Freude empfängt. Um 11 Uhr findet sie der Arzt mit geballten Fäusten und stieren Blicken im Bette liegend, dabei heftige Herzpalpitationen. Gesichtsausdruck äusserst ängstlich. Auf Fragen giebt sie keine Antwort, sondern springt einmal laut schreiend aus dem Bett, sich verzweifelt, wie es scheint, gegen imaginäre Feinde zur Wehr setzend, bis sie ermattet zurücksinkt. Da sich bei jedem Versuch der Wärterin oder des Arztes, sich ihrem Bette zu nähern, die gleiche Scene wiederholt, wird sie in die Anstalt gebracht.

25. Febr. Vollständig verwirrt, äussert zusammenhangslose Bruchstücke von Wahnideen, verkennt ihre Umgebung, ist absolut desorientirt. Weite Pupillen von guter Reaction, rascher, kleiner Puls, unbedeutende Temperatursteigerung, sehr anämisch und schlecht genährt.

5. März. Immer dasselbe Bild. Verworren zu Bette liegend. Der See laufe über, alles müsse ertrinken, um sie wimmle es von Schlangen, die aus dem See heraufstiegen, ringsumher stehe alles in Flammen, sie müsse verbrennen u. s. w. Blasenfunction in Ordnung; sie isst wenig, schläft nicht. Roborantien. Bettlage.

10. März. Noch immer ziemlich benommen, wähnt sich in der Gebäranstalt, hat viele Gesichts- und Gehörstäuschungen.

15. März. Viel klarer, schlechter Schlaf, schreckhafte Träume. 23. März. Blasenkatarrh ohne weitere Behandlung verschwunden, keine Beschwerden, schläft gut, isst leidlich, wird 1. April geheilt entlassen.

4) K. L., 34 Jahre alt, Seidenweberin. Heredität und Jugendgeschichte unbekannt. Seit 14 Jahren verheirathet; öfters eheliche Dissidien durch ihren Jähzorn herbeigeführt; 8 Geburten; gewissenhafte Mutter; angestrengte Erwerbsthätigkeit. In den letzten Monaten starben 2 ihrer Kinder, was sie sehr deprimirte. Seit Jahren anämisch. Seit der Kinder Tod schlaflos, betet des Nachts für deren Seelenheil, seit 4 Tagen absolut unthätig, vernachlässigt ihr Hauswesen, die Familie, singt religiöse Lieder, weint über

Digitized by Google

ihre Kinder, frägt den Pfarrer, ob sich Jedermann mit seinem eigenen Blute waschen müsse, schläft und isst nicht mehr, es helfe nichts, der Heiland müsse helfen. Hört allerlei verdächtige Geräusche, Leute in der Küche sprechen, eine Kuh in ihren Stall bringen u. s. w. Spricht schliesslich wirr, in religiösen Delirien, läuft ohne Schuhe im Schnee davon, fällt Mann und Kinder gewaltthätig an und kommt 20. Febr. 1884 in die Anstalt.

Sehr anämisch, aber leidlich gut genährt, starrer, in die Weite fixirte Blick, ad maximum dilatirte Pupillen in beständiger wogender Bewegung.

21. Febr. Fährt des Nachts plötzlich aus dem Bett und über eine nebenan schlafende Kranke her, die sie für eine feindlich gesinnte Bekannte hält. Wird mit Mühe zurückgebracht, murmelt von Tigern, die ihr die Augen ausreissen wollen u. s. w., rollt unruhig die Augen.

22. Febr. Vormittags Krampfanfall von hysteroepileptischem Charakter, dreht sich mit fabelhafter Geschwindigkeit am Boden um ihre Längsachse, fasst die Umstehenden an den Beinen etc. Auf Nadelstiche keine Reaction; bleibt im starren Opistbotonus am Boden liegen; nach circa $^1/_2$ Stunde eingewickelt; stammelt verworrenes Zeug, wird dann ruhiger, nimmt aber keine Nahrung auf. Wachsbleiche Maske. Aeussert Abends melancholische Ideen, hätte arbeiten, dem Pfarrer gehorchen sollen etc.

5. März. Im Ganzen ruhiger, aber schwer benommen, fast stuporös, gänzlich desorientirt; verkennt ihre Umgebung, äussert zuweilen ächzend ängstliche Ideen, Nachts unruhig. Hallucinationen in Gesicht und Gehör.

15. März. Ruhig, spricht spontan kein Wort, auf Fragen zusammenhangslos; immer noch weite wogende Pupillen. Selbstanklagen. Dazwischen still vergnügt, lächelt schelmisch, scheint angenehm zu halluciniren. Schwer benommen.

23. März. Unverändert; fast ganz stuporös, völlig stumm, scheint lebhaft im Gehör zu halluciniren. Selbstanklagen wegen Unzucht, lächelt dazu wie eine alte Verrückte. Schläft und isst befriedigend; versucht zu arbeiten, bringt aber nichts fertig.

26. März. Wieder unruhiger, unheimlicher Blick, Mann habe eine andere Frau; ziemlich benommen, voll Wahnideen und Sinnestäuschungen. Wird in diesem Zustande vom Manne abgeholt und erholt sich langsam zu Hause.

Die wesentliche Uebereinstimmung der geschilderten Fälle ist hier ebenso klar als ihre Analyse relativ leicht. Es handelt sich, wie ich glaube, zweifellos um ein und dieselbe Krankheitsform, wie sie *Kraepelin*[1]) als asthenische Psychosen nach acuten fieberhaften Krankheiten, *Krafft-Ebing* als hallucinatorischen Wahnsinn, die Wiener Schule als acute Verwirrtheit beschreibt und die ich im Folgenden acutes asthenisches Delirium nennen werde. Es

[1]) a. a. O.

Digitized by Google

sind erblich notorisch[1]) prädisponirte Individuen weiblichen[2]) Geschlechtes, deren Nervensystem längere Zeit vorher nutritiven Störungen und Erschütterungen ausgesetzt gewesen war, so wie sie mehrfache Geburten, ein kümmerliches, theilweise liederliches Arbeiterleben, jahrelange Anämie, Metrorrhagien, organische Uterinleiden mit ihren Folgen, endlich Enttäuschungen und erschütternde Gemüthsbewegungen erfahrungsgemäss mit sich bringen. In diesem Nervensystem, wo um mich nach *Kraepelin*'s Vorgang der Sprachweise *Wundt*'s[3]) zu bedienen, die Bilanz zwischen äusserer und innerer, zwischen positiver und negativer Moleculararbeit ganz beträchtlich gestört sein, wo der Kraftvorrath in den Nervenzellen, die in ihnen organisch verkörperte Dissociationsarbeit eine unter der Norm stehende sein muss, wo Dank der erblichen Belastung, wie ich mir vorstelle, entweder die Capacität der Nervenelemente für die höchstwerthigen chemischen Verbindungen an und für sich schon eine unter der Norm beschränkte, oder aber in Folge besonders ungünstiger Circulationsverhältnisse in der Rinde die Leistungsfähigkeit derselben sowohl als ihre Widerstandsfähigkeit gegen zerstörende Einflüsse bedenklich herabgesetzt ist, in diesem Nervensystem, sage ich, genügen Reize wie erregte Eifersucht durch einen ungetreuen Liebhaber (No. 1), eine etwas derbe Zurechtweisung (No. 2), die Erwartung einer drohenden Operation im Zusammenfluss mit der Aufregung eines Besuches (No. 3), endlich die Gemüthserschütterung durch den Tod zweier geliebter Kinder (No. 4) vollkommen, um das ganze organische Gebiet der Psyche gründlich zu erschüttern und explosionsartige Entladungen des noch vorhandenen Kraftvorrathes auszulösen. *Kraepelin* ist meines Wissens der erste gewesen, der den physiologischen, sonst aber in der Pathologie da und dort gebräuchlichen Begriff der „reizbaren Schwäche", der Asthenie der Nervenfaser, für die Psychosen nach acuten fieberhaften Krankheiten und zwar, wie mir scheint,

---

[1]) Mit Ausnahme von No. 4 steht die erbliche Belastung ausser Zweifel. Statt No. 4 hätte ich leicht einen anderen gleichgearteten Fall wählen können, ich that es aber nicht aus Gründen, die im Folgenden zu suchen sind.

[2]) Ich habe mehr Weiber als Männer in dieser Krankheit gesehen. Die zahlreicheren schwächenden Einflüsse im Frauenleben dürften die Schuld daran tragen.

[3]) Physiolog. Psychologie. II. Aufl. Cap. VI. p. 229 ff. Leipzig 1880.

Digitized by Google

mit Glück aufgegriffen hat. Ich sehe keinen Grund ein, weshalb derselbe nicht auch auf unsere Krankheitsfälle angewendet zu werden verdiente, führt doch ein so origineller Autor wie *Arndt*[1]) überhaupt alles krankhafte psychische Geschehen auf das Zuckungsgesetz des ermüdeten und absterbenden Nerven zurück, abgesehen davon, dass auch die Uebereinstimmung der asthenischen Psychosen nach acuten fieberhaften Krankheiten mit unseren Krankheitsfällen im klinischen Verlaufe eine vielfach überraschende ist. Wir beobachten hier eine rasch eintretende Lähmung der höchsten psychischen Thätigkeit, eine Unfähigkeit, die Aufmerksamkeit willkürlich nach irgend einer Seite hin zu concentriren, kritisch zu appercipiren, logisch zu denken und zu schliessen. Das Individuum wird beherrscht von ängstigenden Sinnestäuschungen und entsprechenden Wahnvorstellungen. Das inhaltlich gefälschte Bewusstsein hat schreckliche Angstvorstellungen und entsprechende Affecte bis zur Panphobie im Gefolge, indess die geschwächte Apperception unter dem Ansturm der Sinnestäuschungen das Feld absoluter Rathlosigkeit und Verwirrung überlässt. — Bei der ausserordentlichen Erregbarkeit der asthenischen Bahnen und Centren der Sinnesnerven und der apperceptiven Schwäche ist das Zustandekommen subjectiver Wahrnehmungen wohl verständlich. Ueber deren Geschehen nur zwei Worte bei dieser Gelegenheit. — Die Versuche von *Munk*[2]) haben gezeigt, dass ein des Grosshirns beraubtes Säugethier oder Vogel nicht nur schon einmal Gesehenes nicht wieder erkennt, sondern überhaupt nichts mehr sieht, ebenso wie auch ein total rindenblinder Hund oder Affe. Die operirten Thiere stossen, sich selbst überlassen, beständig an allen Hindernissen an. Der einzige Beweis für die fortbestehende Function der Retina liegt im Wechsel der Pupille bei Lichteinfall. Bei Kaltblütern verhält sich die Sache, wie es scheint, anders. *Goltz*[3]) hat gezeigt, dass Frösche mit abgetragenen Hemisphären nicht nur keine Bewegungsstörung beobachten lassen, sondern bei ihren Sprüngen in den Weg gelegten Hindernissen auch ganz geschickt ausweichen. Aus eigenen Versuchen weiss ich, dass junge Knochenfische, wie dies aus der Anatomie dieser

[1]) Lehrbuch der Psychiatrie. Wien u. Leipzig 1883.

[2]) Ueber die Functionen der Grosshirnrinde. Berlin 1881. Ueber die centralen Organe für das Sehen und Hören bei den Wirbelthieren. Berlin 1883.

[3]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXV. Suppl. H. p. 90ff.

Digitized by Google

Thiere zu erwarten ist, nach Zerstörung ihrer Hemisphären keinerlei erkennbare Alteration in ihrem Verhalten zeigen, während sie nach Zerstörung eines Lobus opticus sofort in Korkziehertouren schwimmen. Daraus folgt, wie mir dünkt, dass zwischen Warm- und Kaltblütern ein wichtiger Unterschied bezüglich des Zustandekommens von Sinnesempfindungen, wenigstens optischen, existiren muss.

Beim Menschen und jedenfalls allen höheren Säugethieren kommen alle Sinneswahrnehmungen in der Hirnrinde und zwar wie man annimmt unter activer Betheiligung der sog. Perceptionszellen *Schröder's v. d. Kolk* zu Stande. Die primären Centren (Kerne) der Sinnesnerven (z. B. für den Opticus vorderes Vierhügelpaar, Pulvinar der Thalamus opticus, Corpus geniculatum externum) dienen, wie es scheint, nur den einfachsten reflectorischen (z. B. Pupillenregulirung) und vermuthlich zusammenfassenden combinatorischen Zwecken. Was aber von den Sinneswahrnehmungen gilt, das muss auch von den Sinnestäuschungen gelten. Jede Sinnestäuschung verlangt also eine functionelle Erregung der Perceptionszellen. Deshalb ist es auch wohl verständlich, dass Sinnestäuschungen selbst bei Blind- und Taubgewordenen [1]), bei atrophischen Nervis opticis [2]) und wie ich hinzufügen möchte sogar bei Atrophie der primären Opticuscentren vorkommen können. Nach dem Experimente von *Monakow* [3]) nun, der beim Kaninchen die leitende Verbindung zwischen primären Opticuscentren und der Sehsphäre des Occipitalhirns durchschnitt und dadurch eine auf- und absteigende secundäre Degeneration künstlich hervorrief, erfolgte centralwärts eine evidente Atrophie der grossen Pyramidenzellen in der Rinde. Diese nun möchte ich als die Perceptionszellen *Schröder's v. d. Kolk* ansprechen. Bei der specifischen Energie der einzelnen Sinnescentren ist es zum Zustandekommen einer Sinnestäuschung völlig einerlei, an welcher Stelle des ganzen Sinnestractus der Reiz einsetzen mag, erfahrungsgemäss besteht nur der Unterschied, dass die Bahn peripher vom primären Centrum mehr elementare, die Bahn centralwärts davon, wie es wenigstens scheint, mehr complicirte Empfindungen auslöst.

[1]) cfr. *Hagen*, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXV. p. 62 ff.

[2]) cfr. *Westphal*, Arch. f. Psych. Bd. IV. p. 257 und *Stricker*, Wiener medic. Blätter 1878, 4—6.

[3]) Arch. f. Psych. Bd. XIV. p. 699 ff.

Digitized by Google

Anschliessend an physiologische Analoga, z. B. die Irradiirung des Schmerzes in der Pleuritis oder an die Empfindung des blinden, gegen uns gerichteten Stosses[1]) ist aber auch eine Erregung der Perceptionszellen eines Sinnes durch die Perceptionszellen eines anderen, also eine Vermittelung des Reizes auf uns unbekannten Leitungswegen [wahrscheinlich der Rinde? Associationsfaserbündel? Reflexhallucinationen, *Kahlbaum*[2])] und endlich eine Erregung in centrifugaler Leitungsrichtung ausgehend von Seiten der Vorstellungscentren *Schröder's v. d. Kolk* (Apperceptionshallucination *Kahlbaum*, Pseudohallucination *Hagen*, psychische Hallucination *Baillarger*) denkbar, bei welch letzterer also, um wieder mit *Wundt* zu reden, die psychische Reizung der physiologischen voraus gehen muss, und wofür ebenfalls wieder mehr oder weniger physiologische Analoga angezogen werden können (Maler Balzac, Selbstbeobachtungen von *Lazarus, Göthe* u. s. w.). Dass natürlich bei dieser Gelegenheit bald von der überwiegenden Erregtheit des einen Centrums (Zellen) über das andere, bald von gesteigerter Erregbarkeit unter den Autoren die Rede ist, versteht sich von selbst.

Um jetzt wieder auf unseren Gegenstand zurückzukommen, so möchte ich glauben, dass zum mindesten ein Theil der hier auftretenden Hallucinationen bei dem traumähnlich lebhaften Vorstellungsleben der Kranken auf ein Ueberspringen des Reizes von den Vorstellungszellen auf die entsprechenden Perceptionszellen zurückzuführen sein wird. Damit stimmt auch vielfach der Charakter der beobachteten Hallucinationen sowie die Mittheilungen der Patienten selbst während der Reconvalescenz überein. So erzählte mir z. B. die unten sub No. 5 aufgeführte Kranke E. B., dass sie längere Zeit die Morgens von ihren Betten sich erhebenden Mitpatientinnen für Masken gehalten und im Wahne gelebt habe, dass Carneval wäre. Dabei sei ihr eine Carnevalsscene aus der Heimath in den Sinn gekommen, wo ein junger Bursche zum Pfarrer gesagt habe: „Du gieb mir auch eine Cigarre" und unmittelbar darauf habe sie die Stimme jenes Burschen fragen hören: „Ist das auch wahr, Herr Pfarrer?" Dieselbe Kranke glaubte sich längere

[1]) *Kraepelin*, Vierteljahrschr. f. wissensch. Philosophie von *Avenarius*. Leipzig 1881. V. Jahrgang. p. 355 ff.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIII.

Digitized by Google

Zeit in eine Caserne versetzt und hallucinirte beim Wechsel der Wärterinnen in ihrem Saal die Worte: „Die wird jetzt Casernenmeisterin.“ Freilich macht auch auf der anderen Seite eine directe Reizung der Perceptionszellen oder eine indirecte auf centripetalem Wege (Stabkranzfasern) dem Verständniss so mancher dieser Hallucinationen durchaus keine Schwierigkeiten, wenn man nach *Wundt*[1]) annimmt, dass wie beim peripheren, so auch beim centralen Sinnesnerven jede Steigerung der Reizbarkeit, wie sie ja offenbar auch durch die physiologische Function und namentlich im asthenischen Nerv zu Stande kommen muss, sobald sie nur eine gewisse Grösse erreicht, unmittelbar zur Reizung selbst wird, zur Reizung, die bei dem geschwächten Apperceptionsvermögen alsdann eine illusionäre Umgestaltung im Sinne der bestehenden Stimmungslage oder Gedankenrichtung erfährt. *Kandinsky*[2]), der über seine eigenen Hallucinationen in zweijährigem Wahnsinne berichtet und sich dabei der Theorie *Meynert*'s anschliesst, wonach dieselben durch die Erschöpfung des Vorderhirns und den Ausfall seiner hemmenden Thätigkeit zu Stande kommen, leugnet dem entsprechend ihren Zusammenhang mit seinen Erinnerungen sowohl, als auch die Fähigkeit, sie willkürlich hervorzurufen. — Dass die Hallucinationen vorzüglich im Gehör- und Gesichtsinn auftreten, hat streng genommen seinen Grund in demselben Umstand, aus dem Musiker und Maler besonders leicht in ihrem Sinn halluciniren, nämlich in der relativen Ueberreizung durch die zahlreicheren physiologischen Erregungen. — Wenn man in neuerer Zeit von *Hagen*'s Auffassung der Hallucinationen als Krampf der Sinnesnerven mehr und mehr abgekommen ist, so wird man doch in unseren Fällen wieder daran erinnert durch ein nicht zu selten wiederkehrendes und in No. 4 angeführtes Symptom, das *Hagen* a. a. O. nach *Romberg*, freilich in etwas verschiedenem Sinne, als psychische Krämpfe bezeichnet und deren Wesen er p. 78 ff. fein zergliedert. Auch *Krafft-Ebing* sowie *Meynert* thun dieser psychomotorischen Erregungszustände Erwähnung; ich selbst habe sie wiederholt beobachtet. Nun macht es an sich zwar dem Verständniss durchaus keine Schwierigkeit auch die motorische Sphäre an der hochgra-

[1]) a. a. O. II. Bd. p. 358.

[2]) Arch. f. Psych. Bd. XI. p. 453 ff.

Digitized by Google

digen Erregbarkeit und Erregtheit des Sinnhirns Theil nehmen zu sehen, *Meynert* begnügt sich damit aber nicht und postulirt als Ursache für das Zustandekommen dieser Krämpfe Hallucinationen des Muskelsinns. Mit mindestens ebensoviel Recht glaube ich sie nach dem Schema der Reflexhallucination für psychische Reflexkrämpfe, durch die hallucinatorisch erregten Sinnescentren vermittelt, erklären zu dürfen.

Auf die Schwierigkeit bezw. Unmöglichkeit einer Schematisirung und Fixirung der Wahnideen in unserer Krankheitsform, ferner auf die differential-diagnostisch beachtenswerthen Unterschiede gegenüber von dem Delirium acutum, der Melancholie und Manie, endlich den intercurrent vorkommenden Verwirrungszuständen in der Paranoia, Hysterie und Epilepsie haben *Krafft-Ebing* und auch *Fritsch* bereits zur Genüge hingewiesen und kann ich darüber hinweggehen. — Wenn wir nun aber, wie bereits erwähnt wurde, der Ansicht sind, in den erzählten Krankengeschichten sozusagen s. v. v. Zuckungscurven des hochgradig asthenisch functionirenden Nervencentralorgans erkennen zu müssen, so ist damit das *Pflüger-Wundt*'sche Zuckungsgesetz offenbar noch nicht erschöpft. Wir wissen, dass die Anspruchsfähigkeit für Reize beim asthenischen Muskelnerven nicht nur eine ungewöhnlich erleichterte ist, sondern dass sie durch effective Reize noch gesteigert wird, dass alsdann aber die Faser bei fortgesetzter Erregung sich ihrer Kraftvorräthe rapid und ohne entsprechenden Wiederersatz entäussert und rasch ihre Erregbarkeit verliert, um schliesslich abzusterben. Wie nun bei Reizung des asthenischen Muskelnervs die Muskelcontraction erst verlängert, endlich tetanisch wird und der Muskel nur langsam wieder zu seiner Ausgangslage zurückkehrt[1]), also reagirt das asthenische Gehirn auf einen energischen Reiz unter tumultuarischer Entladung seiner Kraftvorräthe und kehrt nur langsam wieder in seine frühere Gleichgewichtslage zurück. Wenn aber die Asthenie des Gehirns eine hochgradige, der Kraftvorrath also nur ein geringer, oder der dasselbe treffende Reiz nachhaltig und intensiv genug ist, so kommt es wie beim übermüdeten Muskelnerven zum Erlöschen der Erregbarkeit, zur Functionsunfähigkeit,

[1]) *W. Wundt*, Untersuchungen zur Mechanik d. Nerven u. Nervencentren. Erlangen 1871.

Digitized by Google

zur Lähmung des Gehirns, zum Stupor und zum Blödsinn. Aus dieser functionellen Paralyse erholt sich das Gehirn sehr langsam nur zu neuer Leistungsfähigkeit oder aber es bleibt dauernd insufficient, gelähmt, blödsinnig.

In die Praxis übersetzt kann man nach meinen Beobachtungen auch das asthenische Delir trennen in ein acutes von der Dauer zwischen 3 Wochen und 2 Monaten und in ein mehr chronisches zwischen 4 Monaten und $1^1/_2$ Jahren bezw. dauernder Unheilbarkeit. Einen Uebergang in gewöhnliche Manie, wie dies *Meynert* von seiner hallucinatorischen Verwirrtheit angiebt, habe ich nie beobachten können. Wir wollen im Folgenden kurz ein paar Fälle von mehr chronischem Charakter betrachten.

5) E. B., 22 Jahre alt, stammt von einer psychopathischen Mutter, deren Schwester unheilbar geisteskrank ist. Gute Schülerin, doch stets etwas reizbar. Entwickelung normal. Mit 17 Jahren 4 Wochen Krämpfe und Hallucinationen im Anschluss an Störungen in der Regel. Immer sehr anämisch, in letzter Zeit abundanter Fluor albus, möglicherweise auch Onanie. Zweifellose Ueberarbeitung auf Kosten der Nachtruhe. Geheime Neigung zu einem jungen Mann, der sie bei einer Gelegenheit täuschte. Seitdem etwas verstimmt. 13. Sept. 1884 ganz unvermittelt grosse Müdigkeit, Schwindel, Kopfweh, Appetitmangel, Erbrechen, stundenlange Ohnmachtsanfälle und nachfolgende Krämpfe. 2 Tage darauf sehr aufgeregt, drängt fort, beisst, kratzt, schlägt um sich, spricht zeitweilig auffallend verwirrt, während sie in der Zwischenzeit in Angst und Beklemmung ist und Kopf- und Leibschmerzen klagt. Immer aufgeregter; wird 23. Sept. der Anstalt zugeführt. Völlig benommen, versteht keine Frage, spricht verwirrt, irrender abwesender Blick, wird im Bette gehalten. Allem Anscheine nach zahlreiche Hallucinationen; entblösst sich, betastet ängstlich ihren Bauch. Verweigert hartnäckig die Nahrung und wird zwangsweise gefüttert. Menses. Pupillen mittelweit, gleich, gut reagirend. Sensibilität etwas herabgesetzt. Anämisch.

20. Oct. Unverändert, stets schwer benommen, verkennt ihre Umgebung, umhalst den Arzt, beisst und kratzt ihre Wärterin, stösst zuweilen leise Schimpfworte aus, weint oder lacht dazwischen stundenlang auf's herzlichste, letzteres namentlich Morgens und offenbar durch Hallucinationen und Illusionen veranlasst. Dabei fortgesetzte Zwangsfütterung, wobei sich ihre Bewusstseinsalteration auf's schönste documentirt, indem sie beim Vorhalten des Mundspiegels wie in Erwartung eines guten Bissens sofort reflectorisch den Mund weit öffnet, sich später aber gegen die Zwangsfütterung energisch zur Wehr setzt. Conversation unmöglich; zuweilen äussert sie zusammenhangslos Bruchstücke von Wahnideen, zuweilen schreibt sie ähnliches auf vorgelegtes Papier. Gegen Besuche ganz passiv. Puls ziemlich voll, langsam. Schlaflos.

Digitized by Google

26. Oct. Nach mehr als einmonatlicher Zwangsfütterung isst sie jetzt manchmal von selbst, was man ihr in die Hände legt, sonst absolut unverändert.

10. Nov. Im Laufe der letzten Wochen sehr erschöpft, Leichenfarbe im Gesicht, liegt ganz stumpfsinnig und apathisch zu Bett, bald weinend, bald unsinnig lachend, giebt keine passende Antwort, zuweilen unreinlich, ignorirt Besuche; zeitweilig gereizt, zerkratzt die Wärterin, wird immer stumpfer und gefrässiger.

12. Dec. Hartnäckiger Stupor. Liegt faul im Bett; mürrische Stimmung; antwortet nur sehr ungern auf einfache Fragen nach ihrem Befinden, verlangt ausschliesslich zu essen oder im Bette zu liegen. Schläft etwas besser unter enormer Transpiration, äusserst empfindlich gegen Geräusche; kümmert sich absolut nichts um ihre Körperpflege; legt sich in andere Betten oder vergräbt sich in ihren Kissen. Im Ausdruck immer blöder, unreinlich. Abends zuweilen unbestimmte Angstgefühle; noch sehr bleich und anämisch, nimmt Eisen.

10. Jan. Nach zweimonatlichem Stupor fängt sie an aufzuthauen, giebt Antwort auf Fragen, spricht sogar spontan, versucht etwas zu arbeiten, macht Toilette, hat aber durchaus keine Krankheitserinnerung, noch ziemlich duselig. Sieht viel besser aus, schläft ziemlich gut und isst reichlich.

30. Jan. Wiederkehrende theilweise Erinnerung, erzählt wie von einem gehabten Traum, von Stimmen, die sie hörte, glaubte sich in eine Caserne gebracht, fürchtete in einem Zuchthaus getödtet zu werden, wähnte ihre Anverwandten umgebracht, hielt den Arzt für ihren Bruder, glaubte auf einem Carneval und unter Masken zu sein u. s. w. Hat sich auch körperlich ganz bedeutend erholt.

10. Febr. Heute geheilt nach Hause entlassen.

Man sieht wie nahe in diesem Falle das Gehirn der definitiven Lähmung seiner wichtigsten Functionen gestanden hat. Nur der Jugend der Kranken, der absoluten Fernhaltung aller Reize, endlich der rechtzeitigen und überreichlichen Nahrungszufuhr glaube ich hier die Wiederherstellung verdanken zu müssen. In zwei anderen ähnlichen Fällen sah ich die Kranken aus ihrer Verwirrung rasch in definitiven Blödsinn übergehen. In den Fällen nun, wo die constitutionelle, in ererbter Anlage begründete Schwäche des Nervensystems der entschieden überwiegende, ätiologische Factor in der Pathogenese der Krankheit ist und wo allerdings ebenfalls eingreifende, unter Umständen aber auch rein physiologische Momente die Krankheit zum Ausbruch bringen, da kann dieselbe unter weniger stürmischen Symptomen auftreten und das Bild eine mehr kaleidoskopische Färbung tragen. Hierfür das folgende Beispiel:

Digitized by Google

6) M. K., 25 Jahre alt, Postbeamtenfrau, erblich stark belastet — Schwester des Grossvaters geisteskrank, Schwester der Grossmutter Selbstmörderin und 17 Jahre lang gelähmt, Vater im letzten Lebensjahr plötzlich Potator, früher solid, Mutter und Schwestern verschrobene sonderbare Leute — hatte als Mädchen viel Bauch- und Kreuzschmerzen mit Ausstrahlungen nach den Oberschenkeln, nebenbei alle 3 Wochen profuse Menstrualblutungen; übrigens guter Ernährungszustand. Ein aus unbekannter Ursache gebrochenes Verlöbniss soll ihr viel Kummer gemacht haben. Klagen über Husten und Herzklopfen besonders beim Treppensteigen, chronische Obstipation. Ende September 1882 Menses, 3. Oct. 1882 Verheirathung und sofortige Conception. Während der Schwangerschaft periodisch (alle 3—4 Wochen) Kopfcongestionen, klagte, dass sie ihre Gedanken nicht mehr zusammen halten könne, wurde unaufmerksam, wechselte häufig die Arbeit oder liess sie ganz liegen, zeigte überhaupt ein curioses Betragen. In der Nacht vom 22./23. Mai 1883, nach einem Verdruss im elterlichen Hause schlaflos, weckte sie mehrmals ihren Mann, „er brauche nicht zu studiren". In der Nacht vom 24./25. machte sie Lärm, pfiff, sang, lief am Morgen zu ihrer Schwester, sie möchte ihr einen Brief schreiben, da sie doch ihre Gedanken nicht mehr beisammen habe, die Leute sagten, das Kind in ihrem Leib sei nicht von ihrem Mann, sie sei wahnsinnig und ihre Angehörigen alle verrückt, man wolle sie erschiessen, vergiften, kurz sammt ihrem Kinde tödten. Etwas beruhigt folgte sie anderen Gedankengängen, warnte z. B. ihre Schwester vor dem Heirathen, gab ihrem Manne den Ehering zurück mit der Bitte, ihn ihrem früheren Geliebten zu bringen, klagte dem Manne, dass sie Bettler würden, zeigte ihm andererseits wieder ihre Vorräthe in den Schränken und übergab ihm feierlich die dazu gehörigen Schlüssel. Nebenbei hört sie Feuer und um Hülfe rufen, sieht ihre Schwester ertrinken, riecht, dass ihre Finger und das Kind in ihrem Schoosse faulen und wird am 25. April der Anstalt zugeführt. Ein ziemlich kräftig gebautes Individuum im 10. Monate der Schwangerschaft, complet verwirrt, weiss nicht wo, noch warum sie hier ist, verkennt ihre Angehörigen, giebt verworrene Antworten. Zuweilen schreit sie jäh heraus mit ängstlicher Stimme. Motorisch ruhig. Die Frucht ballotirt über dem Beckeneingang. 6. Juni. Normale Geburt innerhalb $^1/_2$ Stunde. Mutter während der Zeit ganz verwirrt, verlangt später das Kind, behandelt es zart und giebt es zurück, da sie keine Milch hat. In der ersten Woche nach der Geburt etwas weniger verwirrt. Uterus involvirt sich gründlich und ohne Störung, gegen Ende Juni aber verfällt Patientin in tiefe Verwirrtheit mit Stupor. Sie steht oder sitzt theilnahmslos und unthätig herum, ist schwer benommen und zu keinem Worte zu bewegen. Im Laufe des Juli beweglicher, giebt die Hand, schneidet Grimassen; moussitirende Delirien; macht geheimnissvolle Gesten, offenbar unter dem Einflusse von Hallucinationen, lispelt mit kaum vernehmbarer Stimme, der Vater, die Mutter etc. seien gestorben u. s. w. Anfangs August nimmt die Erregung so überhand, dass sie anfängt Kleider zu zer-

Digitized by Google

reissen und gewaltthätig zu werden. Mitte August wieder ruhiger, aber immer noch total verwirrt, flüstert in klanglosem Tone allerlei verwirrtes Zeug. Im Laufe des September zusehends besser, langsam klarer, geordneter, zerstört nicht mehr und macht keine Grimassen mehr, frägt zuweilen nach ihren Verwandten, zeitweilig noch leicht benommen. Sie berichtet über ihre Gehörshallucinationen theilweise. Im Laufe des October völlig klar und am 1. November 1883 geheilt entlassen. Inzwischen hat sie einen gesunden Knaben ohne Rückfall geboren.

Wir haben in Fall 3 gesehen, dass die von uns asthenisches Delirium genannte Krankheitsform nach einiger Zeit recidiviren kann und diese Thatsache hat, sofern unser Erklärungsversuch der Krankheit richtig ist, sicherlich nichts Befremdendes. Immerhin will ich auch hierfür noch ein Beispiel anführen, wo die Krankheit fast den Charakter eines periodischen Irreseins an sich trägt, mit dessen Erscheinungsweise (und zwar besonders dem reflecto-angioneurotischen) sie überhaupt manches gemein hat.

7) J. S., 18 Jahre alt, Stickereizeichner, hat eine geisteskranke Tante von Mutterseite, sonst keinerlei hereditäre Belastung. Ohne je eine ernstliche Krankheit überstanden zu haben, leidet er seit Jahren namentlich im Sommer an auffälliger Anämie und ist ein hochaufgeschossener schwächlicher Junge. 1882 litt er circa 14 Tage an einem Verwirrungszustand, sah hellweisse Frauenzimmer und ähnliche Gestalten, hatte gleichzeitig auch Gehörshallucinationen, war schlaflos und irrte des Nachts umher. 1883 wiederholte sich dieser Anfall in etwa 10tägigem milderem Verlaufe. Anfangs Februar 1884, nach unzweifelhaften Ueberanstrengungen im Zeichnen traten wiederum Hallucinationen auf, die ihn sehr ängstigten und veranlassten zum Fenster hinaus zu springen. Deshalb der Anstalt zugeführt. 11. Febr. 1884.

Sehr anämisch, sonst ohne Auffallenheiten. Angst im Gesicht, giebt keine Auskunft, starrt vor sich hin und sitzt still gespannt in einer Ecke. Abends zunehmende Sinnestäuschungen. Frägt ob es wahr sei, dass ein Russe im Hause sei, warum man Krieg führe u. s. w., er höre dies. Schon auf seiner Fahrt nach Z. hätten alle Leute über ihn gesprochen, weshalb er zu Fuss gegangen sei (Roborantien).

13. Febr. Aeusserst unklar und verworren, zahlreiche Gehörshallucinationen, die er für Kriegsereignisse hält, steigt Nachts häufig aus seinem Bett um zu beten. Ist unrein aus Angst. Zuweilen wie berauscht, wankt, taumelt, erkennt keinen Menschen, gesticulirt und spricht mit sich selbst.

16. Febr. Nachts wieder unreinlich, übrigens etwas klarer. Gehörshallucinationen. Gedächtnisslücken, weiss nicht, wie lange er hier ist, ob er den Arzt schon einmal gesehen habe.

18. Febr. Etwas freier, gibt übrigens nur sehr dürftige Auskunft, frägt nach seinem Vater, der ihn gestern besuchte.

Digitized by Google

22. Febr. Hallucinationen verschwunden; völlig klar, normales Benehmen. 1. März. Geheilt entlassen.

Als Asthenie des Gehirns erzeugenden Factor haben wir in den vorausgegangenen Krankheitsfällen vorzüglich die Anämie aus irgend einer Ursache (Chlorose, Unterleibskrankheit, Säfteverluste, dürftige Ernährung u. dergl.) in ihrer Rückwirkung auf die Ernährung des erblich prädisponirten Organs kennen gelernt, und dies scheint mir auch, wie bereits angedeutet wurde, der Grund zu sein für das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes. Dagegen verfügt die Männerwelt über einen Factor, der sie genügend schadlos hält für diese Verkürzung, ich meine nämlich den Alkohol. Wie rasch und intensiv der Alkohol die Nervenkraft zerstört und die physische und psychische Entartung des Individuums und seiner Nachkommen zu Stande bringt, ist eine der gemeinsten Erfahrungen in der Welt. Die verschiedenen Anfälle von acutem alkoholischem Delir sind nach meinem Dafürhalten ebenso viele Aequivalente asthenischer Zuckungen auf dem Wege der langsamen Ertödtung des Gehirns im chronischen Alkoholismus. Aus der Vererbung der Schwäche erklärt sich dann auch das bekannte reciproke Verhältniss zwischen Alkoholismus und reiner Psychose. Wenn auf Trunksucht der Väter bei den Kindern Irrsinn folgt, so stammen andererseits häufig genug die schwersten Trunksuchtentartungen von psychopathischen Eltern ab. Vor Kurzem hat man übrigens in England angefangen, die Pathogenese der Trunksucht gründlicher zu studiren.

Intoleranz gegen Alkohol wird, wie ich glaube, seit ***Morel*** unter den Zeichen psychischer Degeneration genannt. Zweifellos sind viele Leute intolerant gegen Alkohol, die nichts weniger als zur Degeneration veranlagt sind, immerhin aber stellt sich die Wirkung des habituellen Alkoholmissbrauchs je nach der Hirnconstitution des Individuums verschieden dar. Während das „rüstige" Gehirn, ehe es der paralytischen Erregbarkeitsmodification in Folge der chronischen Alkoholvergiftung, dem Blödsinn des Alcoholismus chronicus, anheimfällt, meist wiederholt auf entsprechende Gelegenheitsursachen mit Delirium tremens, also gewissermaassen mit dem Aequivalent einer asthenischen Zuckung antwortet, beobachtet man bei „invaliden", erblich belasteten Gehirnen nicht selten eine ganz besondere Reactionsmodification auf Alkohol. Einmal nämlich er-

Digitized by Google

kranken derartige Individuen schon nach verhältnissmässig bescheidenem Abusus spirituosorum, und dann entspricht ihre Reactionsweise nicht einem Delirium tremens, sondern einer Krankheitsform, die unserem asthenischen Delirium in vielen Beziehungen ähnlich ist, wie jenes Anklänge zeigt an Degenerationspsychosen und bei mehr chronischem Verlaufe sich sehr der Paranoia nähert. *v. Speyr*[1]) hat diese Form als acute heilbare alkoholische Verrücktheit beschrieben.

8) A. G., 43 Jahre alt, Landwirth aus M., stammt von einem Vater, der dem Trunke ergeben war; der Bruder hat das Exterieur eines Alkoholikers, Patient nimmt seit Jahren alle Morgen sein „Schnäpsli". Früher gesund, nie Del. tremens. Ehe kinderlos. Anno 1874 Erkältung nach einem Bad, seither nie mehr „ganz wohl im Kopf"; im Uebrigen häuslich, ja geizig, aber stets ein sonderlicher Patron, zu Selbstüberschätzung geneigt. Seit mehr als $^1/_2$ Jahr auffällig misstrauisch. Vor einigen Wochen fing er an, Zweifel in die Treue seiner Ehefrau zu setzen, bezüchtigte sie des Umgangs mit einem Hausgenossen. Seither veränderlich in der Stimmung, ebenso leicht zum Zorn gereizt wie zu sentimentaler Rührung. Vor einigen Tagen (15. März), nachdem die Frau gegen sein Verbot dem Leichenbegängniss eines Kindes seines vermeintlichen Nebenbuhlers beigewohnt hatte, hochgradig erregt. Er ist jetzt sicher, dass seine Frau die Ehe bricht, er sieht den Nebenbuhler im Geschlechtsverkehr mit ihr, er hört durch die Wände, durch die Zimmerdecke hindurch die beiden bei einander und äussert wiederholt: „Jetzt sind sie schon wieder beisammen;" er läuft der Frau drohend im ganzen Hause herum nach, um sie zu tödten, meint, er selbst und eine grosse Masse Menschen müssten getödtet werden. Schliesslich wird er ganz und gar verwirrt, redet confus, ohne Sinn und Zusammenhang. Am Vormittag des 19. März macht er einen Selbsmordversuch mit einem Rasirmesser und stürzt sich, als ihm dieses weggenommen wird, in einen Fabrikweier, worauf er in die Anstalt gebracht wird. Appetit in den letzten Tagen gut, Schlaf mangelhaft. Puls 108, Resp. 20.

20. März. Heute Nacht in grösster Angst, dass man ihn schlachten wolle, springt aus seinem Bett, reisst die Thüre auf, ist ganz confus. Hört Sausen und Schwirren in den Ohren, Läuten und Klopfen. Er ist ein kräftiger Mann, zeigt beim Sprechen unbedeutende Zuckungen im Facialisgebiet, sonst keine somat. Anomalien.

21. März. Nachts sehr unruhig; greift gegen Morgen den Wärter mit Gewalt an, er müsse hin sein; ganz verwirrt; wird nass eingewickelt. Hallucinirt offenbar im Gehör.

[1]) *v. Speyr*, Die alkohol. Geisteskrankheiten. Zürich. Referat in d. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XL. 3, p. 423.

Digitized by Google

28. März. In Folge wiederholter Einwicklungen Nachts etwas ruhiger; heute etwas klarer, geordneter, immerhin noch etwas benommen, misstrauisch.

29. März. Schläft jetzt gut, Appetit in Ordnung, kommt auf eine ruhige Abtheilung.

1 Monat später: Status retrospectivus; referirt über seine Stimmen, die er Luftgeister nennt, seit 4 Wochen bestehe nur noch Ohrensausen, seit 14 Tagen ist er auch davon frei. Er hat Einsicht, will dem Alkohol entsagen und wird geheilt entlassen.

Wie man sieht, ist die Aehnlichkeit dieses Falles mit den oben erzählten asthenischen Delirien bemerkenswerth. Kein Gedanke scheint mir natürlicher als der bereits von ***Hagen***[1]) angedeutete, dass nämlich die an den Muskeln der Säufer so leicht zu constatirende und so wohlbekannte Wirkung des Alkohols sich ebenso leicht an den centripetalen wie an den centrifugalen Nervenbahnen äussern dürfte, und dass daher die Sinnestäuschungen der Säufer ebenso auf ein Oscilliren der Sinnesnerven zurückzuführen seien, wie z. B. der Tremor der Zunge auf ein Oscilliren im Hypoglossus. Möglich, dass im hereditär prädisponirten Individuum die Sinnesnervenbahnen ungleich vulnerabler sind als die motorischen und dass sich somit die asthenisirende Wirkung des Alkohol bei solchen Individuen wie in unserem Falle schon in Sinnestäuschungen äussern mag, ehe ein Tremor zu Stande kommt.

Ausser diesen eigenthümlich acut verlaufenden asthenischen Delirien ex potu kommen aus derselben Ursache aber auch chronisch verlaufende Fälle ohne voraufgegangenes Delirium tremens zur Beobachtung, Fälle, die mehr den von ***Nasse***[2]) als Verfolgungswahnsinn der Trinker geschilderten Krankheitsbildern zu entsprechen scheinen, nur mit dem Unterschied, dass auch sie in Genesung übergehen können, während *Nasse* dies für seine Fälle leugnet.

9) Ch. R. aus O., Coiffeur, 21 Jahre alt, Bruder des Vaters schwachsinnig und melancholisch, ein anderer Potator. Normal entwickelt, überstand Masern, sonst gesund, intelligent, von heiterem Temperament. Seit ½ Jahr in Paris, trank in den letzten Monaten täglich 3—4 Gläser Absynth. Vor 6 Tagen kehrte er nach Hause zurück, ohne seinem Vater „Grüss Gott" zu sagen, sprach überhaupt kein Wort, starrte ruhig vor sich hin oder lief unter Selbstgesprächen auf und ab. Er äusserte Verfolgungsideen gegen

[1]) a. a. O. p. 71 ff.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXXIV. p. 167 ff.

Digitized by Google

seinen Meister in Paris, gegen seine Mitarbeiter, die ihn als Schweizer beschimpft und verfolgt hätten. Nachts war er meist unruhig, sass im Bett und lauschte aufmerksam der Musik auf der Strasse, die er zu hören wähnte, oder er nahm Fechterstellungen ein u. s. w. Oefters glaubte er eine schwarze Gestalt vor sich zu sehen, die er für den Teufel hielt, bekam Angst und schrie laut um Hülfe oder Sauvez! Sauvez! Die vorgesetzten Eier ass er nicht, da er kleine Thiere darin erblickte. Sonst ass er genügend, litt aber an Verstopfung. Er demolirte mehreres und nahm endlich ein Rasirmesser in selbstmörderischer Absicht, da ihn das Militär verfolge. 30. Mai 1880 wurde er in die Anstalt gebracht.

Patient ist ein kräftiger, gut genährter junger Mensch. Zunge leicht belegt zeigt fibrilläre Zuckungen, leichter Tremor der Hände. Er ist beim Eintritt colossal benommen, sichtlich unter dem Eindruck von Sinnestäuschungen. Sein Benehmen ist das eines Stuporösen. Er bleibt beständig auf einem Flecke stehen, starrt in die Ferne, ist ganz bewegungslos, beachtet weder die Fragen noch den Fragenden. Er muss zu Allem gezwungen werden. Nachts unruhig.

1. Juni. Den ganzen Tag unbeweglich wie gestern, streckt er Abends bei gespreizten Beinen über $^1/_4$ Stunde lang die Arme quer aus bei krampfhafter Contraction der Muskeln, verdreht die Augen, presst Schaum zwischen den festgeschlossenen Lippen hervor, exspirirt anhaltend und gewaltsam, so dass er ganz blau im Gesicht wird, dabei stösst er scharfe Commandolaute aus und sinkt schliesslich mit einem Schrei zu Boden, wo er sich jetzt mit Vehemenz um seine Längsachse rollt. Allgemeine tonische und klonische Krämpfe brechen über den ganzen Körper aus, die Respiration wird schwer dyspnoetisch. Der ganze Anfall dauert annähernd eine Stunde. Enorme Transpiration. Schläft gut.

5. Juni. Ruhig, immer schwer benommen, lässt unter sich gehen, spricht kein Wort.

9. Juni. Etwas klarer, spricht leise, zeigt dumpfe Erinnerung an den Anfall vom 1. Juni, klagt über heftige Schwindelgefühle.

20. Juni. Immer noch absolut unfähig, geordnet Auskunft zu geben, immer noch Schwindelgefühle, beklagt sich, dass die Leute demonstrativ husteten und sich über ihn lustig machten.

10. Juli. Arbeitet, aber sehr langsam und auffällig steif. In der Ruhezeit träumerisch versunken, ist sichtlich benommen, antwortet äusserst unbestimmt. Hat Verfolgungswahnideen gegen seine Mitkranken in Folge von Gehörstäuschungen.

16. Aug. Etwas klarer; steht beständig unter dem Einfluss von Täuschungen, wird von Paris aus beschimpft. Sehr apathisch.

15. Sept. Aeussert lebhaften Verfolgungswahn gegen seine Mitpatienten.

Oct. Fortgesetzt Klagen über Kopfweh und Schwindel, aber völlig klar über Zeit und Ort; beurtheilt seine Umgebung richtig.

Digitized by Google

Dec. Immer noch Kopfweh und Schwindel; Augenhintergrund normal; constanter Strom erfolglos.

Januar 1881. Ist jetzt heiterer zufriedener Stimmung und wird am 31. Jan. 1881 geheilt entlassen.

Es dürfte nicht schwer sein, die Zahl ähnlicher Beispiele zu vervielfältigen, indessen muss ich beinahe fürchten, dem Leser bereits zu viel zugemuthet zu haben. Ich weise nur noch als Analogon zu No. 4 auf die motorischen Erregungszustände dieses Falles 9) hin, die wir uns in derselben Weise erklären zu müssen glauben, wie es dort geschehen ist. Um nun aber jetzt zum Schlusse dieses leider etwas lang gewordenen Aufsatzes zu kommen, so war es meine Absicht gewesen, auf Grund vornehmlich eigener Beobachtungen darzuthun, dass eine gewisse Form der Seelenstörung, die man vielleicht als Abortivform der Vesania typica, vielleicht auch als selbständiges Correlat des III. Stadiums derselben auffassen kann und die da und dort unter den verschiedensten Namen (hallucinatorischer Wahnsinn, hallucinatorische Verwirrtheit, acute hallucinatorische Verrücktheit u. s. w.) als selbständige Psychosenform beschrieben wird und die endlich in der That vielleicht noch ein weit grösseres Gebiet als das hier durchmessene umfasst (Intoxicationen: Morphium, Chloral, Kohlenoxyd etc.), durch das Band eines gemeinsamen ätiologischen Factors, nämlich der acquirirten Asthenie des Seelenorgans zusammengehalten wird und gerade deshalb, wie ich glaube, mit Fug und Recht Anspruch erheben darf auf eine gemeinsame Bezeichnung, nämlich die des asthenischen Deliriums.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

51. ord. Versammlung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. December 1884.

Hierzu 1 Tafel.

Anwesend sind die Herren: *Dreising*-Kiel, *Edel*-Charlottenburg, *Guttstadt* und *Heinemann*-Berlin, *Hirsch*-Magdeburg, *Jastrowitz*-Schöneberg, *Ideler* und *König*-Dalldorf, *Laehr* sen. und jun.-Schweizerhof, *Levy*-Schöneberg, *Liebert*-Charlottenburg, *von Monacow*-Pirminsberg, *Nagel* und *Otto*-Dalldorf, *Sakaky*-Tokio, *Schmidt*-Sorau, *Zinn*-Eberswalde.

Dr. *Laehr* sen. eröffnet um 3 Uhr die Sitzung mit der Mittheilung von Grüssen derjenigen Collegen, welche verhindert sind, der heutigen Sitzung beizuwohnen. Mit ehrenden Worten gedenkt der Vorsitzende des dahingeschiedenen Collegen *Neumann*, Professor an der psychiatrischen Klinik in Breslau; die Anwesenden ehren das Andenken des Verstorbenen durch Erheben von ihren Sitzen.

Dr. *König*-Dalldorf, Demonstration eines Idioten-Gehirns.

Ich erlaube mir, das Gehirn eines 11j. Idioten zu demonstriren, welcher am 19. Nov. d. J. in der Dalldorfer Idiotenanstalt starb. Er war das 4. geborene Kind einer Mutter, welche 3 Monate vor der Conception von ihrem Manne, einem Potator strenuus, syphilitisch inficirt worden war. (Erst nach der Geburt unterzog sie sich einer antisyphilitischen Cur.) Schwangerschaft wie Geburt verliefen normal. Nach Angabe der Mutter kam das Kind gesund zur Welt, bekam gegen Ende des ersten Lebensjahres „eine innere Drüsenabzehrung", welche sich mehrere Monate lang hinzog, um mit einer Lähmung sämmtlicher Extremitäten zu enden. Im 9. Jahre überstand das Kind die Masern. Gehen und Sprechen hat es nie gelernt.

Am 17. April d. J. wurde der Idiot unserer Anstalt überwiesen und bot folgenden Status:

Patient, ein etwas über 100 cm grosses, schwächliches, stark abgemagertes Kind nimmt die passive Rückenlage ein, der Kopf ist etwas nach hinten gebeugt. Das Gesicht eingefallen, blass. Keine Nackensteifigkeit. Schädel klein, mesocephal, symmetrisch. Keine Narben.

Digitized by Google

Schädelmaasse:

A) Mit Bandmaass gemessen:
- a) Horizontaler Umfang 45 cm,
- b) Längsumfang 30 cm,
- c) Ohrhinterhauptslinie 25 cm,
- d) Ohrscheitellinie $32^1/_2$ cm,
- e) Ohrstirnlinie 29 cm,
- f) Ohrkinnlinie $24^1/_2$ cm.

B) Mit Tasterzirkel:
- a) Längsdurchmesser 14 cm,
- b) Grösster Breitendurchmesser $13^1/_2$ cm,
- c) Dist. der äusseren Gehörgänge 11 cm,
- d) Dist. der Jochfortsätze 10 cm,
- e) Dist. vom Nasenstachel bis zum äusseren Gehörgang 10 cm,
- f) Ohrhöhe $11^1/_2$ cm.

Ohrmuscheln gross. Am linken Ohr fehlt der Antihelix. Trommelfelle intact. Gehör beiderseits vorhanden, doch lässt sich eine genaue Bestimmung der Gehörsschärfe nicht anstellen. Iriden grau, Pupillen R=L, mittelweit, reagiren auf Licht und Schatten. Augenbewegungen nach allen Seiten unbehindert. Geruchsempfindung vorhanden. Der sehr grosse Mund ist weit geöffnet. Pat. schreit während der ganzen Untersuchung. Zahnfleisch geschwollen. Zähne vielfach cariös; die oberen mittleren Schneidezähne gekerbt; zwischen beiden befindet sich eine etwa 4 mm weite Lücke. Geschmacksempfindung vorhanden. Harter und weicher Gaumen, wie Pharynx zeigen keine Veränderung. Die Sternocleidomastoidei stark gespannt. Athmungstypus costo-abdominal. Die Haut fühlt sich sehr heiss an bei normaler Temperatur in der Achselhöhle wie im Rectum. Brustumfang 55—56 cm. Intercostalräume sehr weit. Der Percussionsschall überall etwas tympanitisch. Bei der Auscultation hört man überall Rhonchi bei vesiculärem Athmen. Herztöne rein. Leib leicht aufgetrieben, Leber und Milz anscheinend nicht vergrössert. Die Arme und Beine hält Patient an den Leib angezogen dabei sind die oberen atrophischen Extremitäten im Ellbogen und Handgelenk flectirt, die Vorderarme in Pronationsstellung, rechts mehr wie links, die Finger in die Hand eingezogen. Die gleichfalls hochatrophischen unteren Extremitäten sind im Hüft- und Kniegelenk flectirt, die Füsse in Equino-varus-Stellung. Testikel beiderseits descendirt. Am Kreuzbein beginnender Decubitus.

Motilität: Patient ist nicht im Stande den Kopf nach vorn zu beugen, wohl aber vermag er ihn beim Liegen nach rechts und links zu rotiren. Die Contracturen an den Extremitäten lassen sich ohne grosse Schwierigkeit, aber nur momentan, ausgleichen, doch scheint diese Manipulation Schmerz hervorzurufen. Die oberen Extremitäten bewegt Patient; er greift nach Gegenständen, welche man ihm vorhält, aber fast immer mit der linken Hand, wobei eine leichte Mitbewegung der rechten Hand stattfindet. Die

Digitized by Google

unteren Extremitäten werden fast gar nicht bewegt. Auch hier zeigt sich bei passiven Bewegungen Mitbewegung der anderen Extremität.

Die Sensibilität ist herabgesetzt; auf Nadelstiche findet fast keine Reaction statt, nur im Gesicht, am Halse und an der linken Fusssohle rufen sie leichte Abwehrbewegungen hervor. Wenn man hingegen mit einem heissen Gegenstande die Haut berührt, so äussert Patient lebhafte Schmerzempfindung.

Reflexerregbarkeit: Von der Cornea und Nasenschleimhaut lassen sich mit Leichtigkeit Reflexe auslösen. Die Haut- und Sehnenreflexe sind sehr schwach. Streichen der Fusssohle bewirkt lebhafte Mitbewegung des anderen Fusses.

Die elektrische Erregbarkeit ist normal.

In der ganzen Zeit, während welcher ich den Idioten beobachtete, trat keine wesentliche Aenderung in seinem Verhalten ein, als dass er allmälig schwächer wurde. Er nahm stets dieselbe Lage ein, schrie viel, liess Urin und Koth unter sich, musste gefüttert werden und zeigte fast immer — ich liess ihn Wochen lang täglich 2 Mal messen — bei normaler Temperatur im Rectum die oben erwähnte vasomotorische Störung.

Epileptiforme Anfälle sind nicht beobachtet worden.

Die geistige Entwickelung = 0.

Der Idiot starb, ohne dass eine besondere Todesursache mit Ausnahme des Marasmus zu constatiren gewesen wäre. Der Decubitus hatte sich nicht vergrössert.

Die 19 h. p. m. gemachte Autopsie ergab Folgendes: Schädeldach symmetrisch, leicht; Diploë ziemlich reichlich entwickelt, Frontalnaht verknöchert. Auf beiden Seitenwandbeinen in der Nähe der Sagittalnaht linsen- bis 20 Pfennigstückgrosse, ziemlich tiefe Grübchen. Harte Hirnhaut prall, unverändert. Längsblutleiter mässig weit, enthält wenig geronnenes Blut; bei Entfernen der harten Hirnhaut drängt sich das Gehirn vor, dabei entleert sich eine reichliche Menge Flüssigkeit. Weiche Hirnhaut getrübt, namentlich in den hinteren Partien.

Gehirngewicht 730 gr; beide Hemisphären gleich schwer. Kleinhirn, sowie Nerven und Gefässe der Basis unverändert. Corpus callosum, Fornix und Septum pellucidum sehr atrophisch, Seitenventrikel stark erweitert, enthalten viel Flüssigkeit. Pons, Medulla und Rückenmark wurden zum Zweck einer späteren mikroskopischen Untersuchung in Müller'sche Flüssigkeit gelegt.

Das Grosshirn zeigte eine Reihe von Veränderungen, welche ich mir Ihnen zu demonstriren erlauben werde:

Bei der Betrachtung der Grosshirnhemisphären fällt zweierlei auf:

1) Eine mangelhafte Entwickelung.

2) Ein grösserer Defect, welcher auf beiden Hemisphären ziemlich symmetrisch auftritt.

Was den ersten Punkt anbetrifft, so sind es hauptsächlich die Hinter-

Digitized by Google

haupts- und Schläfenlappen, welche in ihrer Entwickelung sehr bedeutend zurückgeblieben sind; am meisten ausgebildet ist der Stirnlappen; hier fehlt die Fissura praecentralis.

Die Rinde des Scheitellappens fehlt dem lateralen Theile vollständig; der Defect erstreckt sich aber noch auf die vordere Centralwindung und auf einen Theil der 3 Temporalwindungen in der Grenzgegend zwischen Hinterhaupts- und Schläfenlappen. Auf den medialen Flächen ist das Gehirn in seiner Continuität unverletzt.

Der Hauptunterschied zwischen den beiden Hemisphären ist der, dass auf der linken die Fossa Sylvii als ein sehr breiter Spalt erscheint und bis in die Fissura parieto-occipitalis sich erstreckt, während sie rechts schmäler und von gewöhnlicher Länge ist. Ferner findet sich rechts eine Andeutung von dem oberen Theile der vorderen Centralwindung, was links nicht der Fall ist.

Wir haben es also mit einem Gehirne zu thun, welches auf einer frühen Stufe der Entwickelung stehen geblieben ist, und ausserdem ausgedehnte Läsionen zeigt; es würde sich nun zur Beurtheilung des Falles um die Beantwortung dreier Fragen handeln:

1) Was für ein Process liegt hier vor?

2) In welche Zeit ist der Beginn dieses Processes zu legen?

3) In wie weit lassen sich die klinischen Erscheinungen mit dem anatomischen Befunde in Einklang bringen?

1) Die auffällige Symmetrie des Defects im Zusammenhang mit der Thatsache, dass derselbe in das Gebiet der A. fossae Sylvii fällt, lässt die Annahme, dass wir es mit einem in Folge einer Circulationsstörung aufgetretenen encephalitischen Processe zu thun haben, nicht als ganz unmotivirt erscheinen. Doch lässt sich eine genaue Bestimmung der Ursache der Circulationsstörung wohl kaum machen. Dafür, dass die Lues dabei eine Rolle gespielt hat, spricht die Anamnese.

2) Der Beginn der Erkrankung fällt unzweifelhaft in die Foetalzeit. Man darf wohl annehmen, dass in utero etwa im 5. Monat sich eine Encephalitis entwickelte, in Folge dessen die Weiterentwickelung des Gehirns theilweise verhindert wurde, dass ferner diese Encephalitis nach der Geburt fortgeschritten ist, am Ende des 15. Lebensmonates zu der von der Mutter beobachteten Lähmung geführt hat, und dass dann die Krankheit zum Stillstand gekommen ist.

3) Da die Läsion in das motorische Rindengebiet fällt, erklärt sich die Parese der Extremitäten vollkommen, auch die grössere Intensität der Parese rechterseits steht in Einklang mit der grösseren Extension des Defectes auf der linken Hemisphäre. Für die vasomotorische Störung habe ich keine Erklärung; ich möchte mir nur erlauben, auf die bekannte Thatsache hinzuweisen, dass man schon des öfteren versucht hat, vasomotorische Störungen mit Läsionen des Scheitellappens in Verbindung zu bringen.

Digitized by Google

Discussion:

Der Vortragende theilt auf die Frage von *Laehr* sen. mit, ob über den Vater Nachrichten bekannt seien, dass der Vater mehrmals an Delirium potatorum gelitten habe. Die Frage *von Monacow's*, ob die Pyramide erhalten oder degenerirt sei, beantwortet der Vortragende dahin, dass sie erhalten sei und noch in Müller'scher Lösung gezeigt werden könne. In Folge weiterer Bemerkungen desselben führt Herr *Jastrowitz* an, dass er in Bezug auf das soeben demonstrirte Gehirn sich der Ansicht des Vorredners anschliessen möchte, die dahin ging, dass die, freilich nicht ganz vorhandene, Symmetrie der erkrankten Hirngebiete für eine Ernährungsstörung spreche, die durch Erkrankung der zuführenden Arterien veranlasst sei. Er gedenkt dabei des Factums, dass er mehrmals im Hirnmark von Kindern gleichfalls symmetrische, freilich viel kleinere Heerde gefunden habe; die Ursache dieser Erscheinung sei ihm indess nicht bekannt.

2. Dr. *Sebastian Levy*-Schöneberg berichtet über einen Fall von acutem tödtlichen Irresein mit localisirten Krämpfen. Es handelte sich um ein 19jähriges, bis dahin gesundes Mädchen, das sich zur Zeit der Menses eine starke Erkältung zuzog. Unter heftigen Kopfschmerzen brach eine Tobsucht aus. Patientin lärmte, schwatzte alles durcheinander, verkannte ihre Umgebung. Am dritten Tage trat ein mit Bewusstseinsverlust verbundener Krampfanfall auf, der rasch vorüber ging. An den beiden folgenden Tagen traten diese Krampfanfälle, ausschliesslich an der linken Gesichtshälfte sowie am linken Arme localisirt, immer häufiger auf, der Sopor nahm immer mehr zu; Fieber trat auf, dazu auffallende Pulsbeschleunigung. Am 7. Tage bestand bereits vollständiges Coma, die Krämpfe im linken Facialisgebiet sowie am linken Arme hörten kaum auf; das Fieber stieg, ebenso die Pulsfrequenz. Zähneknirschen, leise Aufschreie, unwillkürliche Harnentleerung vervollständigten das Bild. Am 9. Tage dehnten sich die Krämpfe zuweilen auf sämmtliche Extremitäten aus; es trat Schluckpneumonie auf. Am selben Tage erfolgte der Tod. Die Section ergab keine irgendwie auffälligen Veränderungen im Gehirn; dagegen hochgradiges Fettherz, starkes Aortenatherom, mässige Verfettung beider Nieren, chronische Metritis, hochgradige cystöse und fibröse Degeneration beider Ovarien. — Vortragender weist auf die merkwürdige Analogie hin, die zwischen diesem Falle und drei von *L. Meyer* unter dem Namen „acute tödtliche Hysterie" beschriebenen Fällen besteht, und kommt zu dem Schlusse, dass eine exacte Diagnose des Falles nicht möglich sei. Dieser Fall scheint neben den *Meyer*'schen Fällen in der Literatur der letzten 30 Jahre einzig dazustehen. Der Vortrag ist in extenso in dieser Zeitschrift erschienen (cf. S. 96).

Discussion:

Die Frage des Dr. *Otto* nach dem mikroskopischen Befund in den Schläfenlappen wird vom Vortragenden dahin beantwortet, dass nichts Abnormes gefunden sei.

Digitized by Google

Dr. *Jastrowitz:* Wer einmal ein rechtes, ächtes Délire aigu mit seiner fast elementaren Gewalt, wobei sich die Kranken buchstäblich zu Tode rasen, hat verlaufen sehen, dem dürfte die Bezeichnung des bei uns vorgekommenen, soeben vorgetragenen Falles als Delirium acutum schwerlich beikommen. Um die Unterschiede hervorzuheben, so war hier das Delirium ein ganz mässiges, keineswegs das Bewusstsein so tief gestört, eine einmalige etwas grössere Klarheit konnte kaum als Remission gelten, niemals waren Schlingkrämpfe vorhanden, oder verweigerte die Kranke hartnäckig die Nahrung, vor Allem war ein Hauptsymptom der ganzen Erkrankung der Tage lang mit fast völliger Bewusstlosigkeit einhergehende Krampfzustand, wobei merkwürdiger Weise die Krämpfe sich auf das linke Gesicht und die linke Oberextremität fast stets beschränkten. Entweder also müsste man den Begriff des Delirium acutum so weit ausdehnen, dass jede psychische Alteration, besonders Erregungszustände, die sich nicht in den Rahmen der schematischen Psychosen einfügen lassen, sobald sie mit dem Tode endigen oder, was ich noch nicht erfahren habe, in Genesung auslaufen, als Delirium acutum zu bezeichnen wären, oder man müsste, und dies scheint mir das Richtige, bis auf Weiteres die Fälle sammeln und ihre Einordnung späterer Zeit vorbehalten. Am leichtesten lässt sich nun dieser Fall allerdings den von *Ludwig Meyer* als acute tödtliche Hysterie beschriebenen anreihen. Leider ist der Name nur ein unglücklich gewählter, denn weder in den *Meyer*'schen Fällen, noch in dem unsrigen ist die Hysterie ein vorwaltendes Symptom, und ich glaube nicht, dass wir berechtigt sind, durch eine Degeneration der Ovarien schon Hysterie in solchen Fällen anzunehmen. Der unsrige hat nicht ein einziges Zeichen von Hysterie gehabt. Sehr bemerkenswerth ist die Herzverfettung, für welche eine Erklärung mir unmöglich ist. Auch die localisirten Krämpfe haben durch die Section keine Aufklärung erhalten, wie das bei den Krämpfen noch leider so häufig geschieht. Ich habe bei der Section alle die Stellen des Gehirns genau beachtet, die der Erzeugung von Krämpfen, namentlich hier der localisirten, beschuldigt werden konnten; es fand sich nichts in den Centralwindungen, in Pons, Medulla oblong., in den Ammonshörnern; mikroskopisch mochte vielleicht eine geringe Kernvermehrung in der Rinde vorhanden sein; die Gefässe waren normal. — Noch ein Wort hätte ich über die Schluckpneumonie hinzuzufügen. Die Kranke starb in der Nacht vom Sonnabend zum Sonntag, schon am Mittwoch hatte ich verboten, ihr irgend welche Nahrung einzuflössen, da sie schon nicht mehr recht schluckte. Speisen sind also nicht in die Bronchien hinabgeglitten, aber ohne Zweifel ist dies von dem reichlichen mit Blut vermischten, äusserst fötid riechenden Speichel geschehen, von dem die Kranke, trotz beständigen Abwischens des Mundes, wegen der unaufhörlichen, mit Zungenbissen einhergehenden Krämpfe am letzten Tage nicht hat befreit werden können.

Dr. *Ideler* theilt mit, dass er in der alten städtischen Anstalt 2 Fälle von Delirium acutum bei Frauen beobachtet habe, und fragt an, ob auch in diesem Falle fötide, klebrige Schweisse constatirt seien; Krämpfe seien bei

Digitized by Google

seinen Fällen nicht aufgetreten. *Fiordispini* und *Solfanelli* machen ganz besonders auf das Vorkommen von profusen, stinkenden und klebrigen Schweissen bei dieser Form von Delirium aufmerksam.

In Bezug auf den Schweiss bemerken der Vortragende, wie *Jastrowitz*, dass sie einen Gestank desselben nicht wahrgenommen haben, nur gewöhnlichen Geruch.

Dr. *Laehr* sen. erklärt, dass er trotz seiner reichlichen Praxis auf dem Gebiete der weiblichen Psychosen einen solchen Fall, wie ihn der Vortragende beschrieben, nicht gesehen habe, wie ja bekanntlich gerade in grösseren Privatanstalten viel mannigfaltigere Formen von Psychosen zur Beobachtung kommen, als dies in den öffentlichen der Fall zu sein pflegt. Nach seiner Meinung sei der Fall einem Delirium acutum unähnlich, am ähnlichsten dem Auftreten einer Infectionskrankheit. Dem Vortragenden spricht er den Dank der Versammlung für die Mittheilung dieses Falles aus, insbesondere für die sorgfältige Bearbeitung desselben.

Dr. *Hasimé Sakaky* (aus Tokio in Japan), Ueber das Irrenwesen in Japan. Nebst einer Karte der Irrenheilanstalt in Tokio.

Von dem japanischen Irrenwesen weiss man in Europa so gut wie gar nichts. Es rührt dies offenbar davon her, dass 1) die japanische Sprache und besonders ihre Schriftart für die Fremden sehr schwer zu erlernen ist, 2) dass die europäischen Aerzte, die in Japan waren, im Allgemeinen kein oder nur sehr wenig Interesse dafür gehabt haben, und 3) dass die Japaner selbst sich noch nicht in umfassender Weise damit beschäftigt haben. Es kommt auch wohl noch ein wichtiges Moment in Betracht, nämlich der Verkehr der Japaner mit den Fremden, welcher bekanntlich erst im Jahre 1854 geöffnet wurde. Vor dieser Zeit verkehrten fast blos Chinesen und Holländer, und zwar nur in Einem Hafen (Nagasaki) mit den Japanern; auch waren diese Fremden hauptsächlich Handelsleute. Aus diesem Grunde war es für die Europäer unmöglich, das Innere des Landes nur einigermaassen genau kennen zu lernen. Seit den letzten Decennien, während welcher zahlreiche Häfen geöffnet sind und das Land überall für Fremde zugänglich ist, sind zwar mancherlei Producte Japans, insbesondere Kunst- und Industriesachen überall in Europa bekannt geworden; aber mit den ärztlichen und speciell psychiatrischen Verhältnissen konnte dies nicht so geschehen, und so sind vornehmlich die psychiatrischen Verhältnisse fast noch gänzlich unbekannt geblieben. Soviel ich weiss, war *Wernich* der erste, welcher in seinen „geographisch-medicinischen Studien" (S. 225) Etwas über die Geisteskrankheiten in Japan nachgeforscht und in Europa bekannt gemacht hat.

Durch Vorwegschickung dieser kurzen Bemerkungen glaube ich es wohl gerechtfertigt zu haben, wenn ich es für meine Pflicht erachte, Einiges über das japanische Irrenwesen zu berichten.

Ehe ich zu meiner Schilderung übergehe, muss ich noch ausdrücklich

Digitized by Google

betonen, dass ich selbst leider Genaues nicht mittheilen kann, da es mir hier an Quellen gebricht. Ich will jedoch versuchen, das, was ich gelesen, gesehen und sonst gehört habe, zusammenzufassen und nach einander zu schildern.

I.

Was zunächst das Geschichtliche über die Psychiatrie anbetrifft, so wissen wir darüber sehr wenig; es fehlten bis jetzt alle Beschreibungen oder Berichte. Nur findet man ab und zu in den grossen geschichtlichen Werken oder Erzählungen einige Berichte über Fälle von Irresein.

Dass man aber in Japan schon in der früheren Zeit einige Psychosen kannte, ist nicht zu bezweifeln. Man hat sogar verschiedene Formen unterschieden und mit verschiedenen Namen bezeichnet, welche letztere theils echt japanisch, theils von alt-chinesischem Ursprunge sind, und jetzt noch unter den Laien im Allgemeinen verbreitet sind. So bezeichnet man mit dem Worte Kitsigai (japanisch) Irresein im Allgemeinen; Ténkiō (alt-chin.) = Manie, Utsu-utsu-Jamai (jap.) oder Utsu-jūbiō (chin.) = Melancholie, Iro-Kitsigai (jap.) = Nymphomanie, ferner Tsinomitsi (jap.) = Hysterie, Ténkan (chin.) = Epilepsie, u. s. w. Ja es scheint mir, dass die progressive Paralyse den älteren japanischen Aerzten bekannt gewesen; denn es giebt eine Bezeichnung, die sich auch in allgemeiner Verbreitung befindet, nämlich Kitsigai-no Joi-joi, d. h. irrsinniger Paralytiker. Aus diesen Beispielen ist ersichtlich, dass man die Psychosen nach den äusseren Erscheinungen bezeichnet habe, und dass diese Bezeichnungen jetzt theilweis populär geworden sind.

Bemerkenswerth dürfte zunächst sein, dass, wie in fast allen Ländern, so auch in Japan der Glaube an das Besessensein von einem bösen Geiste oder Thiere ehemals sehr verbreitet war und es auch jetzt noch ist. Vor Allem spielt hierbei der Fuchs eine grosse Rolle, und man spricht von Kitsuné-tsuki, d. h. Besessenheit von einem Fuchs[1]), wobei es sich meistenstheils um einen Exaltationszustand, der nach einigen Wochen in Heilung übergeht, handelt. Dieser Glaube ist besonders sehr verbreitet, selbst in Tōkiō, wo die Leute sonst viel aufgeklärter sind, als in den Provinzen.

Auch behauptet man ein Besessensein von einem Hunde (Inukami-tsuki), was namentlich in der Inselprovinz Schikok vorkommt, ja, wie ich höre, dort mitunter epidemisch und endemisch auftritt[2]).

Bei diesen beiden Formen glauben die Kranken in die genannten Thiere verwandelt zu sein, also ganz ähnlich wie ehedem in Südeuropa die Lykanthropen, Cynanthropen u. s. w.

---

[1]) Man behauptet, dass der Fuchs sehr schlau sei, gut spuken und beliebig seine Gestalt ändern und auf diese Weise den Menschen oft täuschen könne.

[2]) Bericht von Dr. *Koiké* (Tōkiō Idsi Schinschi).

Digitized by Google

Was nun die Behandlungsweise der Geisteskranken anbetrifft, so lag dieselbe in der früheren Zeit meistentheils in den Händen der Priester oder Wahrsager, zuweilen aber auch von Laien, welche den bösen Geist etc., durch den Irresein bewirkt sein sollte, durch Beten oder durch das Lesen heiliger Schriften aus dem menschlichen Leib austreiben und so die Heilung herbeischaffen wollten. Zu dieser Behandlung gesellten sich noch einige Zwangsmittel. Es wurden nur die unruhigen Kranken an einen Strick oder eine Kette gefesselt oder in einen geschlossenen Raum eingesperrt. Diese Behandlungsweise ward in einem Buddha-Tempel oder in der eigenen Wohnung der Patienten ausgeführt.

So war ungefähr der Zustand in der früheren Zeit, ist aber jetzt noch theilweis ebenso.

Seit der letzten Revolution (1867—1868), wobei der Schōgun erklärte, die Regierung in die Hände des Mikado zu legen, hat die japanische Regierung dem Irrenwesen seine Fürsorge zugewendet. Im Jahre 1873 wurde ein Siechenhaus (Jōiku-in) in der Residenzstadt Tōkiō eingerichtet, worin neben Obdachlosen noch unbemittelte Kranke, Verwundete, Krüppel, Waisenkinder, auch Geisteskranke aufgenommen werden. Es wurde nachher eine städtische Irrenheilanstalt in Tōkiō gebaut, welche man mit dem Namen Tōkiō Tenkiō-in bezeichnet hat, und worüber ich noch Genaueres mittheilen will. In Saikiō (Miaco oder Kioto, wie die Europäer und Amerikaner sagen) wurde ebenfalls eine Anstalt gebaut [1]).

II.

Allgemeines über die Geisteskranken in Japan. Man sagt gegenwärtig im Allgemeinen, dass die Geisteskrankheiten in der letzten Zeit sehr zugenommen haben und immer noch zunehmen. Ein sicherer Beweis dafür lässt sich freilich nicht beibringen, denn es fehlt absolut die frühere Statistik; überhaupt ist die Statistik auch jetzt in diesem Theile noch mangelhaft, nicht einmal überall eingeführt. Doch bemühen sich die Aerzte jetzt sehr um Statistik, um dadurch eine Uebersicht über die Psychosen zu gewinnen; besonders im statistischen Bureau (Tōkeï-Kióku) und von der polizeilichen Seite (Keïschi-Tsiō) wird diese Statistik gepflegt. Ich will hier nur als Beispiele folgende Nachrichten anführen. Nach dem Berichte des Polizei-Präsidiums für die erste Hälfte des Jahres 1884 wurden 474 Irrsinnige, welche offenbar gemeingefährlich gewesen waren, in den Provinzen gezählt. Da die Einwohnerzahl in diesen Provinzen, d. h. denjenigen, welche Berichte schon veröffentlicht haben, zusammen 16,200,000 beträgt, so kommt ein Geisteskranker auf ca. 34200 Personen, während der Bericht anderer Provinzen mir noch unbekannt ist (das Genauere will ich im Laufe des

[1]) Reisenotizen über einige Irren-Anstalten in Australien und Asien (Vortrag). Von *v. den Steinen.* Archiv für Psychiatrie etc. Bd. XIII. S. 287—288.

Digitized by Google

Jahres veröffentlichen, sobald die Berichte aller Provinzen und somit des ganzen Landes bearbeitet sind). Dieses Verhältniss, ich meine die Zahl 1 : 34200 oder ca. 0,003 pCt., ist enorm klein, aber wie gesagt, bezieht sich die Zahl nur auf die Kranken, welche sich gemeingefährlich gezeigt hatten.

Das Centralbureau für die Statistik hat Folgendes veröffentlicht: es starben im Jahre 1882 108774 an den Nerven- resp. Geisteskrankheiten, was ungefähr 16,26 pCt. der gesammten Sterbefälle beträgt. Es lässt sich freilich daraus leider keine absolute Zahl der Geisteskrankheiten entnehmen.

Man kann aus diesen vereinzelten Beispielen natürlich keine absolute oder relative Zahl der Geisteskranken im ganzen Lande bekommen, und deshalb auch nicht ein Urtheil darüber gewinnen, ob in Japan weniger Geisteskranke sind, als in den anderen Ländern, oder ob mehr.

III.

Anstaltswesen. Soviel ich weiss, existiren in Japan 7 Irrenheilanstalten. Davon sind 5 Anstalten privat.

Der Tōkiō Ténkiō-in (städtische Irrenheilanstalt zu Tōkiō) ist am grössten, weshalb ich sie etwas genauer beschreiben will. Diese Anstalt [1]), welche sich in der besseren, gesunden und ruhigen Gegend in Tōkiō (neben der Tōkiō-Universität in Hongō) und in der Mitte eines Grundstücks von ca. 69600 Quadratmeter befindet, ist mit ganz einfachen Holzzäunen, nicht mit einer Mauer umgeben. Sie ist überall einstöckig und hauptsächlich aus Holz gebaut, wie die japanischen Häuser. Die Gebäude sind mit einem grossen Garten umgeben, wo die Patienten spazieren gehen können, und bestehen der Hauptsache nach aus einem Verwaltungsgebäude (A), 4 Krankenpavillons für 200 Patienten (B—E), einem Leichenhaus (F) und einer Küche (G). Die Pavillons liegen in der Richtung von Süden nach Norden hinter einander, getrennt durch den Garten, aber verbunden durch einen langen Corridor. Die vorderen zwei Gebäude (B, C) sind bestimmt für die ruhigen Kranken, theils zum Untersuchungszimmer; das eine (B) für die männlichen und das andere (C) für die weiblichen Kranken. Zwischen beiden Pavillons befinden sich Apothekenzimmer (d), Zimmer für die du-jour Aerzte (f), für die Diener (e) und ein Wartezimmer (g). Jeder dieser Pavillons hat 12 Krankenzimmer (a) und 4 Zellen (a'), welche letztere nur selten benutzt werden. Die hinteren beiden Pavillons (D, E) sind etwa halb so gross, wie die vorderen, bestimmt für die unruhigen, unreinen Kranken, ebenso nach dem Geschlecht abgetheilt; zwischen beiden das Aerzte- und Wartezimmer (f, g).

In die sämmtlichen Pavillons sind zur Heizung Dampfröhren geleitet, aber leider ist diese Heizung noch nicht in Betrieb gesetzt. Man benutzt vorläufig nur ganz einfache Oefen. Zur Versicherung werden die sämmtlichen Fenster mit grobmaschigen, dünnen Eisengittern versehen.

[1]) Dazu eine Grundriss-Karte.

Digitized by Google

Zu dem Hauptpersonal, das dort bethätigt ist, gehören: 1 Director *(T. Nakái)*, 1 Oberarzt *(Sátow)*, 3 Aerzte, 2 Apotheker, 2 Oberwärter und 4 Beamte. Ausserdem noch Wärter und Wärterinnen, Portier, Koch, Diener etc.

Die Kranken, die sich in der Anstalt befinden, stammen fast sämmtlich aus den ärmeren Klassen, während sich die Reichen meist in einer Privatanstalt oder im eigenen Hause behandeln lassen. Dieselben tragen ohne den Unterschied des Geschlechts eine hellblaue, schlafrockähnliche Kleidung und werden alle frei (no-restraint) behandelt. Nur die sehr unruhigen Kranken, welche die anderen stören, kommen in die Zelle. Zwangsjacke, -Stühle oder Ketten u. s. w. sieht man dort nicht [1]). Die Kranken haben im Allgemeinen keine Beschäftigung; sie unterhalten sich, lesen, rauchen u. s. w. Einige Frauen beschäftigen sich jedoch mit der Nähterei und Aehnlichem. In der bestimmten Zeit werden alle Kranken durch den Wärter nach dem Garten geführt und können 1—2 Stunden lang dort spazieren, natürlich mit Ausnahme der unruhigen oder körperlich kranken Personen.

Die Mahlzeit wird 3 mal am Tage gehalten. Die Patienten bekommen natürlich japanische Speise, als vor Allem Reis, dazu Fische, Fleisch und Gemüse. Nur die körperlich Heruntergekommenen können ausserdem noch besondere Speisen als Milch, Eier etc. bekommen. Alcoholica, welche in unbedingt nöthigem Falle gebraucht werden, dürfen in der gewöhnlichen Mahlzeit nie gereicht werden. Als Getränk wird nur ein sehr schwach gekochter Thee verabreicht.

Ich kann jetzt hier nicht zu den weiteren einzelnen Details übergehen, und will hiermit diese Beschreibung schliessen. Zur Vervollständigung aber soll noch die folgende statistische Tabelle beigefügt werden, worauf man genau den Bestand, Zu- und Abgang der Kranken erkennen kann.

Diese Tabelle bezieht sich nur auf das Jahr 1882 und 1883. Der durchschnittliche Bestand beträgt etwa 120—150 Geisteskranke; davon werden in einem Jahre ca. 80 geheilt, 45 gebessert und 25 ungeheilt entlassen. Die Mortalität beträgt etwa 30, wovon nur einige zur Section kommen. Die weiteren Details sind in obiger Tabelle zu finden.

Ausser dieser städtischen Anstalt existiren noch 3 Privatanstalten in Tōkiō, die jedoch ziemlich unbedeutend sind. Ich habe ein solche Anstalt in Támatsi besucht. Dieselbe wurde im November 1878 von ihrem Besitzer und Director, *Kátow*, eröffnet. Es werden ausser Psychosen noch manche Neurosen (besonders Epilepsie) aufgenommen. Die Behandlung wird nach der chinesischen Methode vollzogen, combinirt mit einer Balneotherapie und Massage.

In der Klinik der Tōkiō-Universität (Dáigaku) existirt augenblicklich

[1]) Ich habe aber eine solche Kettenbehandlung in einer Privatanstalt in Tōkiō angewendet gesehen.

Digitized by Google

Stand und Bewegung der Geisteskranken in Tōkiō-Fu Ténkiō-in (städtische Irrenheilanstalt) im Jahre 1882 und 1883.

Krankheitsformen.	Jahrgang	Bestand am 1. Januar		Zugang		Abgang. Geheilt		Gebessert		Ungeheilt		Gestorben		Summa des Abganges		Bestand am 31. Dec.	
		M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.
Maniakalische Form (Sō-Kiō).	1882	36	40	68	31	38	13	12	7	4	3	17	5	71	28	33	43
	1883	33	43	41	33	21	9	7	8	5	6	8	4	41	27	33	49
Paranoia, Monomanie (Hen-Kiō).	1882	11	12	26	11	10	5	4	3	2	—	5	6	21	14	16	9
	1883	16	9	40	28	24	11	12	8	4	3	5	2	45	24	11	13
Melancholische Form (Utsu-Kiō).	1882	12	5	19	14	5	6	6	3	1	—	1	2	13	11	18	8
	1883	18	8	19	12	9	8	4	2	6	2	5	—	24	12	13	8
Blödsinnige Form (Tsi-Kiō).	1882	8	7	16	15	—	1	3	5	4	3	6	1	13	10	11	12
	1883	11	12	12	13	4	2	3	6	5	5	2	—	14	13	9	12
Summa aller Krankheitsformen nach beiden Jahrgängen . . .	1882	67	64	129	71	53	25	25	18	11	6	29	14	118	63	78	72
	1883	78	72	112	86	58	30	26	24	20	16	20	6	124	76	66	82
Summa beider Jahrgänge				241	157	111	55	51	42	31	22	49	20	242	139	—	

Digitized by Google

keine separate Abtheilung für die psychischen Kranken. Sie werden nur in ein Separatzimmer gebracht und in der Klinik vorgestellt.

Uebrigens sind mehrere neue Bauten für Irrenheilanstalten in Aussicht genommen worden, besonders in den Provinzen.

IV.

Ueber das thatsächliche Vorkommen einzelner Formen der Psychosen habe ich wenig Kenntniss, weshalb ich denn hier nur ganz kurz und im Allgemeinen Einiges bemerken will.

Sehr häufig beobachtet man Melancholie, Manie und Paranoia; doch kommen erstere und letztere sehr wenig in ärztliche Behandlung. Die progressive Paralyse der Irren scheint nicht sehr häufig zu sein; ich habe nur 2 Fälle innerhalb fast 2 Jahren in der Klinik des Prof. *Baelz* gesehen, und zwar waren beide Fälle in einem ziemlich vorgeschrittenen Stadium. Auch Idiotie kommt nicht selten vor, meistentheils aber in Folge des Hydrocephalus, welcher in Japan ziemlich häufig zu sein scheint. Von Cretinismus weiss man nichts. Hysterie und Epilepsie ohne eigentliche geistige Störung sind sehr häufig zu beobachten; aber solche mit einer Psychose sind mir nie vorgekommen.

Was den Alkoholismus anbetrifft, so ist er verhältnissmässig wenig bekannt. Es hängt dies offenbar davon ab, dass die Japaner im Allgemeinen wenig Alcoholica vertragen können und deshalb auch wenig zu sich nehmen, und dass das Getränk [1]) (Saké = ein aus Reis durch Gähren bereitetes Getränk), welches etwa 9,5—13,6 pCt. Alkohol und wenig Fuselöl enthält, nur in mässigen Dosen genossen wird. Nach dem polizeilichen Berichte der ersten Hälfte des vorigen Jahres (1884) kam auf ca. 27000 Personen 1 Alkoholmissbrauch vor, welcher die polizeiliche Hilfe veranlasste [2]).

Der Opiumgenuss, welcher bekanntlich sehr nachtheilig auf die geistige Thätigkeit wirkt, und welchen man oft bei den Chinesen und Orientalen findet, kommt in Japan nie vor. Ueberhaupt existiren für die Opiumhandlungen zahlreiche Strafgesetze [3]). Das Opium wird nur für ärztlichen Zweck gebraucht. Man sieht deshalb die Fälle der Opiumintoxication sehr selten in Japan, höchstens bei einem Selbstmordversuche.

Hier sei mir erlaubt, eine kurze Bemerkung über den Selbstmord und

---

[1]) Genaueres s. „a descriptive Catalogue of the Exhibits sent by the sanitary bureau of the japanese home Department". London 1884. S. 27—30.

[2]) Kwán-pō. Jahrgang 1884.

[3]) Opiumgesetze (Strafgesetzbuch):

§ 237. Wer den Opiumtabak importirt, bereitet oder verkauft, wird mit Deportation auf gewisse Zeit bestraft.

§ 238. Wer das Instrument zum Opiumgebrauch importirt, bereitet oder verkauft, wird mit leichtem Zuchthaus bestraft.

§ 239. Wenn ein Zollbeamter den Opiumtabak oder dessen Instrument

Digitized by Google

Selbstmordversuch anzuschliessen. Derselbe wird theils in den geistig gestörten Zuständen, theils aus anderen Veranlassungen (Armuth, Liebesverhältnisse etc.) ausgeführt. Es hat die Zahl desselben leider ein wenig zugenommen; während im Jahre 1880 Ein Selbstmord auf 9490 kam, ist im Jahre 1882 das Verhältniss auf 1 : 8000 gewachsen.

Die Art und Weise des Selbstmordes ist sehr verschieden: Erhängen, Ertrinken, Vergiften, Erschiessen u. s. w. Das Harákiri (oder Séppuku), das in Europa so berüchtigt worden, oder das Bauchaufschlitzen, wie man es nennt, kommt jetzt in Japan nicht mehr vor. Dies war ein ehrgeiziger Selbstmord oder eine ehrenhafte Strafe, und hatte vor ca. 400 Jahren seinen Höhepunkt erreicht. Jedoch sind vereinzelte Fälle in der letzten Revolution dagewesen; jetzt, wie gesagt, kommt das Harákiri nicht mehr vor.

V.

Zum Schluss will ich Etwas über die forensische Seite der Psychiatrie in Japan bemerken. Wie es in der früheren Zeit war, kann ich augenblicklich nicht angeben. Jetzt existirt ein japanisches Strafgesetzbuch (Keï-hō, im Juli 1880 in Kraft getreten); es enthält 430 Paragraphen. Das Wichtigste in der psychiatrischen Beziehung ist Folgendes:

§ 78. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn Jemand zur Zeit der Begehung des Verbrechens seine Willensbestimmung in Folge gestörter Geistesthätigkeit nicht besass.

Zur Entscheidung dieser Frage im japanischen Gerichtshofe werden natürlich Aerzte gehört; die schwierigen Fälle werden einer Anstalt zur genaueren Exploration übergeben. Betrunkene, welche gewöhnlich den abnormen Geisteszustand zeigen und mitunter auch bewusstlos werden können, fallen nicht unter diese Bestimmung. Die Praxis liefert sehr viele Beispiele zu dieser Frage; jedoch will ich jetzt nicht weiter darauf eingehen.

Weniger wichtige Gesetze, welche jedoch in der Psychiatrie auch in Betracht kommen, sind:

§ 79. Wer bei Begehung einer strafbaren Handlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wird von Strafe freigesprochen.

§ 80. Ein Verbrecher, welcher zur Zeit der strafbaren Handlung das 12., aber noch nicht das 16. Lebensjahr vollendet hat, ist freizusprechen,

---

zu importiren erlaubt, wird er nach den vorstehenden zwei Gesetzen, aber unter Verschärfung der Stufe bestraft.

§ 240. Wer ein Local zum Opiumrauchen miethet und damit gewerbsmässig Betrieb macht, wird mit leichtem Zuchthaus bestraft.

§ 241. Wer den Opiumtabak raucht, wird mit 2—3 Jahren Gefängniss bestraft.

§ 242. Wer den Opiumtabak oder dessen Instrument besitzt oder dem anderen giebt oder vom anderen bekommt, wird mit 1 Monat bis 1 Jahr Gefängniss bestraft.

Digitized by Google

wenn sich ergiebt, dass er die zur Erkenntniss der Strafbarkeit der Handlung erforderliche Einsicht nicht besass; besass er diese Einsicht, so wird er bestraft, jedoch 2 Stufen milder.

§ 81. Wenn der Thäter zur Zeit der strafbaren Handlung das 16., aber noch nicht das 20. Lebensjahr vollendet hat, ist er strafbar, jedoch um eine Stufe milder.

Diese drei Gesetze beziehen sich auf das Lebensalter, welches natürlich in allen Fällen in Betracht kommt. Das Alter ist vom Geburtstage an zu rechnen, während man früher nach der Jahreszahl gerechnet hat.

§ 82. Ein Taubstummer, welcher eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen. Er kann aber unter Umständen bis zu 5 Jahren in eine Erziehungsanstalt gegeben werden.

Diese letztere Bestimmung enthält keine Strafe und kommt daher bei einer späteren strafbaren Handlung nicht in Betracht.

Hiermit schliesse ich für diesmal meine Mittheilung, welche leider etwas mangelhaft hat ausfallen müssen, jedoch hoffe ich, dass ich später von Japan aus noch manches Genauere werde berichten können.

Erklärung der Grundrisskarte [1]).

A.	Verwaltungs- und Oekonomiegebäude (Dsimuscho).
B, C.	Pavillons für ruhige Kranke } (Biōhitsu).
D, E.	„ „ unruhige „ }
F.	Leichenhaus (Schibitsu).
G.	Küche (Makanai-dsio).
H.	Portierwohnung (Monban-dsio).
a.	Krankenzimmer (Biōhitsu).
a'.	„ mit Zelle (Ori).
b.	Zimmer für Wärter (Kan-Biōnin no Hejá).
c.	Aufbewahrungsräumlichkeit (Mono-óki).
d.	Apotheke (Jakkióku).
e.	Zimmer für Diener (Kodsukai no Hejá).
f.	„ „ du-jour Aerzte (Tōtsioku-i no Hejá).
g.	Wartezimmer (Ōsetsu-dsio).
h.	Bade- und Toiletten-Zimmer (Niutō-ba, Kao arai tókoro).
i.	Closet (Setsuin).
k.	Eingang (Irikutsi).
l.	Corridor (Rōka).
m.	Verschliessbare Thür (Dsio tsuki no To).
n.	Brunnen (Ido).

[1]) Die Maassstäbe sind leider nicht notirt gewesen.

Digitized by Google

Der Vortragende legt ferner ein psychiatrisches Lehrbuch in japanischer Sprache und Ausstattung vor. Die Bezeichnung der Krankheitsformen des Irreseins sind darin in deutscher und englischer Sprache mitgetheilt. Der Vorsitzende spricht dem Vortragenden für seine interessanten Mittheilungen den Dank der Versammlung aus und wünscht ihm, der dazu berufen ist, zur Reorganisation des Irrenwesens in seiner Heimath wesentlich beizutragen, einen der grossen Aufgabe entsprechenden Erfolg.

Dr. *Hans Laehr*-Schweizerhof, Zur Acetonurie Geisteskranker.

V. Jaksch theilte in seinen „Neuen Beobachtungen über Acetonurie und Diaceturie“ [1]) mit, dass er Diaceturie — Eisenchloridreaction des Harns und „Aceton“ im Destillat — öfters gefunden habe in Fällen, wo die Kranken nicht oder wenig fieberten, wo sehr intensive nervöse Symptome, als: heftiger Kopfschmerz, bisweilen Delirien, bisweilen Somnolenz, Apathie, kleiner, fadenförmiger Puls, ja bisweilen Collapszustände auftraten, ohne dass die Untersuchung ein anderes objectives Symptom als Acetessigsäure im Harn aufwies. Allerdings gingen solche Zufälle meist rasch vorüber, häufig schwand nach einem ausgiebigen Stuhlgang der ganze Symptomencomplex fast momentan. — Diese Bemerkung hat mich veranlasst, den Urin der hier behandelten Geisteskranken auf Aceton und den die Eisenchloridreaction gebenden Körper zu untersuchen.

Die Reactionen, die ich anwandte, sind die Gerhardt'sche Eisenchloridreaction, die Lieben'sche Jodoformreaction und die Legal-Nobel'sche Reaction (Rothfärbung mit Nitroprussidnatrium und Kalilauge, sodann Purpurfärbung mit Essigsäure).

Auf diese Reactionen habe ich sowohl den Harn als das Harndestillat von über 100 Patientinnen, die an den verschiedensten Formen von Geistesstörung litten, bei den meisten öfters, und, wo der Zustand wechselte, in den einzelnen Krankheitsphasen untersucht Das Ergebniss ist, dass mit Ausnahme eines Falles obige Reactionen nur bei ganz oder theilweise Abstinirenden auftraten. Obwohl nun die Acetonurie bei Hungernden schon öfters gefunden ist, glaube ich doch über meine Untersuchungen berichten zu sollen, da neben der Bestätigung früherer Beobachtungen auch einiges Neue sich ergab.

Die Rothbraunfärbung mit Eisenchlorid zeigten von den 8 Kranken, die seit vorigen Ostern bei uns an Nahrungsverweigerung litten (darunter 6 an absoluter, 1 davon zu 2 verschiedenen Malen), nur 2. Beides waren solche, die schon einige Zeit vorher nur wenig genossen hatten, und deren Urin zugleich die Legal'sche Reaction sehr deutlich gab. Bei beiden trat die Eisenchloridreaction zugleich mit der Legal'schen Reaction vom ersten Tage der absoluten Carenz an ein. Die 6 anderen hatten keine Eisen-

[1]) Verhandl. d. II. Congresses f. inn. Med. 1883. S. 269.

Digitized by Google

chloridreaction, die Dauer der absoluten Nahrungsverweigerung betrug bei ihnen bis zu 4 Tagen.

Die Legal'sche Reaction im Urin zeigte sich 3 mal am 1., 1 mal am 2., 2 mal am 3. Tage der absoluten Carenz. 1 mal trat sie selbst nach 4tägigem Hungern nicht auf.

Dagegen zeigte das Destillat (gleichgültig, ob rein oder nach Schwefelsäurezusatz zum Urin gewonnen) deutliche Lieben'sche und Legal'sche Reaction in allen Fällen vollständiger Nahrungsverweigerung und zwar vom 1. Tage der Enthaltung an. Dieselben Reactionen im Destillat fanden sich auch bei 2 Kranken, von denen die eine bis über 8 Tage den Tag über fastete, um dann des Nachts die aufgehobenen Speisen zusammen kalt zu verzehren, die andere 4 Tage lang nur ein Butterbrot des Vormittags und einen Theil des Abendbrotes genoss. Dazu kommt noch eine Hysterica, die seit über 10 Monaten die meisten Mahlzeiten höchstens 1 Stunde später wieder erbricht, und deren Urindestillat zu einer Zeit, wo alle Mahlzeiten von diesem Schicksal betroffen wurden, 2 mal jene Reactionen darbot, andere Male freilich unter scheinbar gleichen Umständen dieselben völlig vermissen liess.

Der bekannte süssliche „Apfelgeruch" der Nahrungsverweigerer zeigte sich in 2 Fällen in der Nähe der Kranken; die Eine lieferte Urin mit Eisenchlorid- und Legal'scher Reaction, der Harn der Anderen zeigte nur die Legal'sche Reaction. In jenem Falle hatte auch der Urin jenen süsslichen Geruch. Dass dies aber ein „Acetongeruch" sei, wie er neuerdings vielfach genannt wird, davon konnten wir uns hier nicht überzeugen: unseren Nasen schien ein gewaltiger Unterschied zu bestehen zwischen dem Acetongeruch einerseits und dem Athem- resp. Uringeruch der Hungernden andererseits.

Ob die Acetonreactionen des Harns, wie sie sofort mit dem Beginn der Carenz — schon am 1. Tage — sich einstellen, so dieselbe auch auf die Dauer begleiten, oder ob bei fortgesetztem Hungern ein Zeitpunkt kommt, wo sie wieder verschwinden, wie dies eine Beobachtung von *Siemens*[1]) wahrscheinlich macht, geht aus meinen Fällen nicht mit Sicherheit hervor, da die längste absolute Hungerzeit, die mir zur Beobachtung kam, nur 8 Tage betrug. Jedoch spricht für ein allmäliges Verschwinden des Acetons bei langem Hungern folgende (nachträglich vervollständigte) Krankengeschichte:

Frau von M., 36 Jahre alt, leidet seit $7^1/_2$ Jahren an hallucinatorischem Wahnsinn. Auf Grund von Täuschungen aller Sinne und der dadurch entstandenen Wahnidee, sie werde durch Nahrung beeinflusst, verweigerte sie seit dem 9. Nov. 1880 die Nahrung. 8 Tage später ward sie mit der Schlundsonde gefüttert, war das erste Mal sehr erregt, liess sich aber von da an die Procedur geduldig gefallen. Da sie zu selbständiger Nahrungs-

[1]) Derselbe konnte im Urin seines Kranken am 12. Hungertage kein Aceton nachweisen. Auch der charakteristische Athemgeruch war in den letzten Tagen nicht mehr deutlich. Cf. *Siemens*, Absolute Carenz eines Paranoischen, Neurol. Centralblatt 1884, No. 18.

Digitized by Google

aufnahme nicht zu bringen war, musste man immer wieder zur Sonde greifen, so dass Pat. über $1^1/_2$ Jahre nur auf diese Weise gespeist wurde. Erst seit dem 29. August 1882 nimmt sie wieder selbständig Nahrung zu sich, aber nur Milch und Milchchocolade, wie sie ihr durch das Schlundrohr beigebracht waren, daneben bisweilen Wasser. Dazwischen kamen öfters Perioden, wo sie bis zu 6 oder 7 Tagen vollständig fastete und mehrmals erst nach Sondenfütterung zu trinken begann. Von Januar 1884 an nahm Pat. ziemlich regelmässig Morgens $1^1/_2$ Ltr. Chocolade und Nachmittags $1^1/_2$ Ltr. Milch —, Acetonreactionen waren nicht vorhanden. Nachdem dann 14 Tage unregelmässigen Trinkens vorangegangen waren, wies Pat. vom 24. Nov. alle Nahrung ab, der Urin vom selben Tage enthielt alle oben bezeichneten Reactionen in grösster Deutlichkeit, ebenso der der folgenden Hungertage. Zucker fehlte stets, Eiweiss stellte sich am 7. und 8. Hungertage ein (schwache flockige Trübung beim Erhitzen mit Essigsäure resp. Salpetersäure). Der Urin war stets sauer und enthielt in den letzten Tagen reichlichen Harnsäureniederschlag, das spec. Gewicht schwankte zwischen 1,024 und 1,029. Die Menge betrug in den letzten 3 Tagen, wo das Tagesquantum sicher bestimmt werden konnte, zwischen 260 und 300 ccm. Vom 2. bis 5. Dec. nahm Patientin täglich $^1/_2$ Ltr. Chocolade und $^1/_2$ Ltr. Milch: Eiweiss, Eisenchlorid- und Legal'sche Reaction waren an allen 4 Tagen aus dem Urin verschwunden, das Destillat gab sowohl die Legal'sche wie die Lieben'sche Reaction. Am 6. nahm Pat. nichts, am 7. $^1/_2$ Ltr. Chocolade: beide Male starke Eisenchloridreaction und schwache Legal'sche Reaction im Urin. Von da an bis jetzt — Mitte Februar — nimmt Pat. täglich durchschnittlich 250 ccm Chocolade und 250 ccm Milch, nur am 26. Januar trank sie $1^1/_4$ Ltr. Milch, dafür an den nächsten 3 Tagen nur die Hälfte der gewöhnlichen Portion. Obwohl Pat. demnach während dieser ganzen Zeit ungenügend ernährt wurde — täglich noch nicht 4 g Stickstoff! —, und auch ihr Aussehen immer elender wurde — sie lässt sich nicht wiegen —, so schwanden doch allmälig die in Frage stehenden Reactionen aus dem Harn, zuerst Anfang Januar die Legal'sche Reaction des Urins, dann seit dem 8. Febr. auch die in den letzten Wochen schon sehr schwache Eisenchloridreaction. Dagegen gab stets das Destillat und giebt noch deutliche Lieben'sche und Legal'sche Reaction. Was den Abstinenzgeruch betrifft, so hatte sich dieser im December vom 3. Tage des absoluten Hungerns bis einige Tage nach Beginn der mangelhaften Ernährung gezeigt; in den letzten 2 Tagen vollständiger Abstinenz war er auch im Urin von feinen Nasen zu entdecken. Der Stuhlgang hatte keinen Einfluss auf die Reactionen, vorher regelmässig, blieb er vom 28. Nov. bis 12. Dec. aus und erfolgt seitdem jeden 2. bis 6. Tag.

Es scheint diese Beobachtung in der That sich dem Falle von *Siemens* anzureihen, da auch hier bei lange dauernder — freilich die meiste Zeit hindurch nicht absoluter — Inanition die Eisenchlorid- und die Legal'sche Reaction aus dem Urin verschwinden.

Ich erwähnte, dass in einem Falle das Harndestillat die Lieben'sche

Digitized by Google

und Legal'sche Reaction deutlich zeigte, wo Abstinenz ausgeschlossen war. Es handelte sich um eine Kranke, die früher öfters die Nahrung verweigert, sich aber schon lange Zeit an ganz bestimmte Rationen gewöhnt hatte. Pat. hielt nun einmal in Folge von Hallucinationen und Wahnvorstellungen den Urin $2^1/_2$ Tage zurück. Derselbe betrug dann 830 ccm vom spec. Gew. 1034, enthielt weder Zucker noch Eiweiss, zeigte weder die Rothfärbung mit Eisenchlorid noch die Legal'sche Reaction. Dagegen fand sich im Destillat sowohl die letztere als auch die Lieben'sche Reaction. Pat. hatte während dieser Tage ihre gewöhnliche Nahrung genommen, es bestand Verstopfung. Vorher hatte sie mehrmals die Reactionen auch im Destillat nicht geboten, und auch in den nächsten Tagen sowie später fehlten sie. — Bei anderen Kranken mit willkürlicher Retentio urinae, die allerdings nie bis zu obiger Dauer ausgedehnt wurde, fehlten die Reactionen stets.

Lassen wir diese letzte Beobachtung, die ganz vereinzelt dasteht, aus dem Spiele, so behalten wir für die Acetonurie nur die Fälle ungenügender Ernährung übrig. Die Acetonurie bei schweren nervösen Zuständen, die ich in Hinsicht auf die Anfangs citirten Worte *v. Jaksch's* suchte, habe ich nicht gefunden, und da in hiesiger Anstalt die verschiedensten psychischen Krankheitsformen vorhanden waren, glaube ich folgern zu dürfen, dass die intensiven durch Geistesstörung bedingten nervösen Symptome nicht von Acetonurie begleitet werden. Und ebenso ergiebt sich aus der mitgetheilten Krankengeschichte, wo viele Wochen lang Acetonurie bestand, ohne dass andere nervöse oder psychische Erscheinungen sich zeigten als sonst, dass Acetonurie und jene nervösen Störungen nicht unmittelbar zusammenhängen. Es bleibt also die Acetonurie bei Inanitionszuständen. Dass Aceton im hungernden Organismus gebildet werde, vermuthete man aus der Aehnlichkeit des Geruchs bei Hungernden und manchen Diabetischen, seit man Aceton als Ursache des Apfelgeruchs der letzteren ansah. *Seifert* [1]) fand dann die Eisenchloridreaction bei Kranken mit ungenügender Ernährung. *Hoppe-Seyler* [2]) erhielt bei einer Schwefelsäurevergiftung, als die Kranke wegen der Schmerzen nichts zu sich nahm, im Urin die Eisenchloridreaction und im Harndestillat die Lieben'sche Reaction. Am schärfsten ist dann die Abhängigkeit der Acetonurie vom Inanitionszustand ausgesprochen worden von *Tuczek* [3]), der sie bei Nahrungsverweigerern vom 4., 5. Tage an während der ganzen Dauer der Abstinenz (auch bei unvollkommener) und noch 2—3 Tage über die Carenzzeit hinaus beobachtete. Dies kann ich nach Obigem durchaus bestätigen, kann aber noch weiter gehen und ergänzend hinzufügen, dass bereits am ersten Hungertage Aceton oder seine Vorstufen im Organismus gebildet werden, da es mir stets gelang, wo nicht im Urin,

[1]) Verhandl. d. physic. medic. Gesellschaft zu Würzburg 1882.
[2]) Ztschr. f. klin. Med. VI, 5.
[3]) Arch. f. Psych. XV, S. 788.

Digitized by Google

so doch im Urindestillat schon nach 24 Stunden Acetonreactionen zu finden, also lange bevor der Foetor abstinentium sich einstellt.

Ein zweites Ergebniss meiner Untersuchung ist dies, dass bei Hungernden die Eisenchloridfärbung zugleich mit der Legal'schen Reaction im Harn auftreten, andrerseits aber auch die Eine ohne die Andere tagelang bestehen kann; das Destillat liefert freilich in beiden Fällen die gleiche Reaction. Wir haben also — um die Terminologie *v. Jaksch*'s anzuwenden — unter scheinbar gleichen Verhältnissen einmal Acetonurie, das andere Mal Diacetnrie im Hungerzustand. Schon hieraus scheint der Schluss erlaubt zu sein, dass Acetonurie und Diaceturie nicht wesentlich von einander verschieden sind. Aber auch bei 2 scharlachkranken Kindern fand ich während des hohen Fiebers starke Eisenchloridreaction neben der Legal'schen Reaction, später nur im Destillat die Legal'sche und Lieben'sche Reaction.

Es müssen also verschiedene Körper sein, die beim Destilliren Aceton geben, sie müssen aber unter scheinbar denselben Einflüssen im Organismus entstehen. Geht man von der Annahme aus, dass der die Eisenchloridreaction gebende Körper in weiterer Zersetzung Aceton liefert, so scheint der Unterschied zwischen Acetonurie und Diaceturie eben nur darin zu bestehen, dass im einen Falle die Zersetzung schon theilweise im Organismus vor sich geht, das andere Mal während der Destillation.

Wo nun der oder die fraglichen Stoffe im Organismus gebildet werden, ist unbekannt. *Hoppe-Seyler* fand bei seiner Schwefelsäurevergiftung eine bedeutende Vermehrung der Aetherschwefelsäure im Verhältniss zu der in Sulfaten vorhandenen. Dadurch könnte man veranlasst werden, an den Darmkanal als an die Bildungsstätte der Aceton gebenden Substanz zu denken. Ich habe deshalb mehrmals die während der Hungerzeit gelieferten Fäces — theils mit Wasser, theils mit verdünnter Schwefelsäure verrührt — destillirt; nie gab das Destillat die Lieben'sche oder die Legal'sche Reaction. Ebenso wenig Erfolg hatte derselbe Versuch bei dem Erbrochenen der oben erwähnten Hysterica zur Zeit, als das Urindestillat diese Reactionen darbot. Auch fand ich die Aetherschwefelsäure — freilich habe ich nur 2 mal diese Bestimmung gemacht — bei Frau v. M. an einem absoluten Hungertage und an einem Tage unvollkommener Carenz nur = 9 pCt. resp. 7 pCt. der gesammten Schwefelsäure. Weiterhin konnte man wegen der ähnlichen Reaction und Structur des Kreatinins[1]) daran denken, dass während der Inanition das Muskelkreatin die Umwandlung in Aceton erfahre. Das Kreatinin liess sich aber im Hungerurin nachweisen, so dass hierzu weitere Untersuchungen nothwendig sind.

Zum Schluss noch eine Bemerkung. Ist der Stoff, um den es sich hier handelt, in der That Aceton? Ich möchte es glauben, so weit das Destillat in Frage kommt, da in diesem die Lieben'sche und die Legal'sche Reaction

[1]) Cfr. *Nobel*, Aceton und verwandte Substanzen, Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 18. S. 11.

Digitized by Google

stets postiv ausfielen, während nie die Rothfärbung mit Eisenchlorid auftrat. Behaupten kann ich es auch hier nicht, da zur Darstellung des Acetons die Destillatmengen, die nach Anstellung der Proben übrig blieben, nicht hinreichten. Dagegen hege ich Zweifel, ob das Aceton im Harn des Hungernden bereits vorhanden ist. Hier gelang es mir nie, auch wenn die Legal'sche Reaction sehr schön ausfiel und die Eisenchloridreaction fehlte, die Jodoformprobe deutlich zu erhalten, während letztere bei Zusatz von Aceton zum normalen Harn eben so gut wie die Legal'sche Reaction gelingt. Ich möchte deswegen glauben, dass es sich bei den im Harn jene verschiedenen Reactionen gebenden Körpern um Vorstufen des Acetons handelt. Dass Aethyldiacetsäure hier nicht der die Eisenchloridreaction gebende Körper ist, geht daraus hervor, dass sich bei Frau v. M. in der letzten Periode diese Reaction ohne die empfindlichere Legal'sche Reaction fand, und dass die Eisenchloridreaction, so stark sie im Harn auch oft war, sich nie im Destillat zeigte, auch wenn dem zu destillirenden Harn keine Säure zugesetzt wurde. Dass ich trotzdem stets von Acetonurie gesprochen habe, möge man damit entschuldigen, dass eben kein anderer Name an die Stelle gesetzt werden konnte, und dieser Ausdruck gebräuchlich und kurz ist.

Wegen der vorgerückten Zeit findet eine Discussion nicht mehr statt.

Nach Schluss der Sitzung hielt ein gemeinsames Mahl die Mitglieder noch einige Stunden beisammen.

Dr. *Guttstadt.*

Digitized by Google

Literatur.

Irrengesetzgebung. Eine Zusammenstellung aller Irrengesetze der Staaten und Territorien der Vereinigten Staaten bis zum Jahre 1883, ebenso der Gesetze von England, Canada und der wichtigsten Bestimmungen in Deutschland, Frankreich u. s. w. von *George L. Harrison,* L. L. D. Philad. 1884.

Erster Bericht der Commission für das Irrenwesen des Aufsichtsrathes über die öffentlichen Wohlthätigkeitsanstalten im Staate Pennsylvania vom 30. Sept. 1883. Harrisburg 1884.

Eingeleitet wird dieser letztere Bericht durch den Abdruck des Irrengesetzes für den Staat Pennsylvania vom 8. Mai 1883, sowie einer Instruction der Commission für das Irrenwesen dieses Staates, auf die ich gleich etwas ausführlicher eingehen werde.

Pennsylvania hat bei einer Einwohnerzahl von 4,282891 Köpfen 8304 Geisteskranke (darunter 171 Farbige) = 1,9 und 6497 Idioten (darunter 104 Farbige) = 1,5 auf 1000 Einwohner, in Summa 14801 Geisteskranke und Idioten oder 3,4 auf je 1000 Einwohner.

Hiervon befinden sich 5338 Geisteskranke in Anstalten, die Zahl der verpflegten Idioten ist nicht angegeben.

Der Staat hat 4 öffentliche Anstalten mit zusammen 2153 Kranke, die anderen Kranken befinden sich in Privatanstalten, Irrenhäusern u. dergl. Ausserdem werden 203 schwachbegabte Kinder in besonderen Schulklassen unterrichtet.

Den Schluss bilden einige Angaben über das Irrenwesen der Vereinigten Staaten überhaupt. Am 30. Sept. 1883 verpflegten die Vereinigten Staaten in 144 Anstalten 51815 Kranke, und ausserdem die britischen Provinzen in 9 Anstalten 4523 Kranke. Einzelne Anstalten enthalten über 1000 Kranke und Willward Asylum (N. York) sogar 1758. Unter diesen 51815 waren 3176 Epileptische, 1186 Paralytische (897 M. u. 289 Fr.), 2447 mit Mordtrieb (homicidal) und endlich 2141 Selbstmordsüchtige, ausserdem 523 geisteskranke Verbrecher.

Digitized by Google

Bei weitem bedeutender ist die erstere Veröffentlichung, die hiermit in einem gewissen Zusammenhange steht, da sie ihre Entstehung mittelbar jenem Irrengesetze verdankt. Der frühere Präsident des Aufsichtsrathes über die öffentlichen Wohlthätigkeitsanstalten im Staate Pennsylvania, *George L. Harrison*, hat in einem reich ausgestatteten Bande von beiläufig über 1100 Seiten, den er auf eigene Kosten herstellen liess und als Geschenk vertheilte, alle Irrengesetze zusammengestellt, die zur Zeit in den Vereinigten Staaten in Kraft stehen (von 47 Staaten und Territorien auf 840 Seiten). Er hat hiermit seinem eigenen Ausdrucke gemäss „eine Vergleichende Anatomie der Irrengesetze" geliefert, und dadurch dem Gesetzgeber für die Zukunft ein um so werthvolleres Material zur Vergleichung und Verbesserung an die Hand gegeben, als dessen Beschaffung ohne diese aussergewöhnliche Liberalität kaum möglich wäre.

Mit der Vorrede, die *Harrison* seiner Zusammenstellung vorausgeschickt hat, werden und können wir deutschen Irrenärzte uns wohl kaum ganz einverstanden erklären, obwohl uns die aufrichtige und warme Theilnahme für das Loos der Geisteskranken und der alles durchdringende Wunsch, hier helfend einzugreifen, angenehm berühren muss. *Harrison* mag in der Behandlung der Kranken seines Landes traurige Erfahrungen gemacht haben, und ohne in den Verdacht des Pharisäerthums zu gerathen, dürfen wir doch dreist behaupten, dass es bei uns in dieser Beziehung besser bestellt ist.

Auch bin ich weit entfernt, mit *Harrison* allen Segen von einem Irrengesetze zu erwarten. Vielmehr hege ich persönlich sogar ein leichtes Graulen davor, obwohl ich kaum glaube, dass wir auf die Dauer daran vorbeikommen werden.

Wenn es einmal da ist, werden wir uns mit ihm befreunden, dafür ist mir gar nicht bange, aber wie viel leeres Stroh wird gedroschen werden, bis es erst so weit ist!

Die Art, wie die Geisteskranken eines Landes gehalten werden, ist ein Werthzeichen für die Civilisation desselben, und schliesslich ist doch die Ehrenhaftigkeit des Leiters einer Anstalt die Hauptgarantie für das Wohl der ihm anvertrauten Kranken. Daran können alle Beschränkungen seiner Befugnisse und alles Misstrauen, womit man seine Thätigkeit umgiebt, nichts ändern, wenn auch darin in einzelnen dieser Gesetze das Menschenmögliche geleistet ist.

Im Grunde können wir nicht einmal viel dagegen haben, da der leitende Gedanke eines jeden Irrengesetzes der Schutz der persönlichen Freiheit ist, und die Gefahr einer willkürlichen Freiheitsberaubung vermieden werden soll.

Daran, dass Geisteskranke in ihrem eigenen und dem Interesse der Umgebung in dem Gebrauche ihrer Freiheit zeitweise oder auf immer beschränkt werden müssen, wird kein Gesetz vorbeikommen, und ebenso muss dem Anstaltsvorstande trotz aller noch so einschneidender Bestimmungen eine

Digitized by Google

gewisse Freiheit gegeben werden, sich unter näher bestimmten Umständen über einzelne dieser Bestimmungen hinwegsetzen zu dürfen.

Dadurch aber sind Conflicte unvermeidlich. Ich mache unter anderem nur auf eines aufmerksam. Die Aufnahme ist an einen ärztlichen Krankheitsbericht gebunden, von dem in besonders dringenden Fällen zwar abgesehen werden kann, der aber innerhalb 48 Stunden beigebracht werden muss. Das ist gut gesagt, aber schwer zu erreichen, denn es geht vielen, ja wenn nicht den meisten practischen Aerzten wie dem seeligen Sokrates scripsit lineam nullam. Der Entwurf des neuen französischen Irrengesetzes bedroht daher auch den behandelnden Arzt mit Strafe, wenn er dieser Bestimmung nicht nachkommt, das ist wenigstens etwas, aber mit welchen Umständen und Schreibereien verknüpft!

Besondere Schmerzen verursachen Briefwechsel und Besuche. Nun will ich gerne zugeben, dass darin bei uns viel gesündigt wird, d. h. in der allzu grossen Beschränkung. Bis zur freien Correspondenz wird man aber andererseits nicht gern gehen, und doch wird sie hier gefordert. Einige Staaten geben monatlich einen Brief an den Aufsichtsrath frei, der abgeschickt werden muss, andere (Massachusetts) haben einen verschlossenen Briefkasten, der alle Monate von den Aufsichtsbeamten geöffnet wird.

In Pennsylvania muss jedem Kranken nach seiner Aufnahme Gelegenheit gegeben werden, mit 2 Personen seiner Wahl in Verbindung zu treten, schriftlich oder mündlich, ebenso kann er sich in körperlichen Krankheiten von seinem Hausarzte behandeln lassen, jederzeit seine Vernehmung vor dem zuständigen Richter beantragen u. dergl. mehr.

Auch darf ihm nach seiner Entlassung die Einsicht in seine Akten nicht versagt werden.

Manches davon will uns vorläufig und vorbehaltlich späterer Belehrung nicht recht practisch erscheinen. Selbstverständlich sind eine Reihe von anderen Vorschriften nachahmungswerth. Vor allem stimme ich mit dem Verfasser darin vollständig überein, dass eine Beaufsichtigung der Anstalten durch Laien, ein sogenannter Aufsichtsrath, im eigensten Interesse der Anstalten geboten und am besten dazu geeignet ist, die leider noch vorhandenen Vorurtheile und Befürchtungen zu zerstreuen. Ob es aber durchaus erforderlich ist, diesem Aufsichtsrath das Recht beizulegen, „zu jeder Stunde des Tages und der Nacht“ die Anstalt zu besuchen, darüber liesse sich wieder streiten, wenigstens wird es für alle Betheiligte wünschenswerth sein, wenn von diesem Rechte, so weit es die Nacht betrifft, ein möglichst sparsamer Gebrauch gemacht wird. Am Tage mag er dann so oft kommen als er kann und will. Die Vorzüge eines solchen Aufsichtsrathes und die dem Leiter der Anstalt dadurch gegebene Möglichkeit über verschiedene Maassregeln und Einrichtungen zu berathen und andere Ansichten einholen zu können, können gar nicht hoch genug angeschlagen werden, und ich muss es auf das lebhafteste bedauern, dass wir in Deutschland eine derartige Einrichtung

Digitized by Google

bisher noch nicht besitzen. Jedenfalls liesse sich alsdann der Mangel eines Irrengesetzes noch auf längere Zeit hinaus verschmerzen.

Ein näheres Eingehen auf die 1100 Seiten füllenden Gesetze, unter denen übrigens das neueste — holländische — keine Aufnahme gefunden hat, würde an dieser Stelle zu weit führen, auch kam es mir vorzugsweise darauf an, auf die so überaus dankenswerthe Zusammenstellung aufmerksam gemacht zu haben. Schliesslich möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass *Harrison* auf Grund seiner Erfahrungen und aus practischen Erwägungen eine Trennung der Heil- und Pflegeanstalten befürwortet, worin ich ihm nur beistimmen kann. *Pelman.*

Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung. Von Dr. *Theodor Meynert.* Erste Hälfte (Bogen 1—18). Wien, Braumüller, 1884.

Es darf als ein charakteristischer Ausdruck für die eigenthümlichen Schwierigkeiten, wie für die Unfertigkeit des psychiatrischen Wissens angesehen werden, dass die Darstellungen desselben in ungewöhnlich hohem Grade von der Individualität des Autors beeinflusst zu werden pflegen. Bei dem relativen Mangel an wirklich sicheren Thatsachen hat die Auffassung, der Standpunkt, die Theorie einen enormen Spielraum; nicht die besondere Art der Eintheilung und Anordnung des Stoffes, nicht der Stil und die Darstellung ist es, welche unsere Lehrbücher von einander unterscheidet, sondern die gesammten Grundanschauungen derselben gehen vielfach so weit auseinander, dass die Schüler der einzelnen Richtungen nicht selten ernstliche Schwierigkeiten haben dürften, sich Angesichts des einzelnen Falles über Diagnose und Rubricirung, geschweige denn über Wesen und Pathogenese desselben untereinander zu verständigen. Einen sehr prägnanten Belag für den soeben ausgesprochenen Satz liefert das jüngst in seinem ersten Theile erschienene Lehrbuch von *Meynert.*

Ein neues Werk von *Meynert* ist ein wissenschaftliches Ereigniss. Man ist gewöhnt, von dem geistvollen Mitbegründer der modernen Hirnanatomie neue, eigenartige Gesichtspunkte eröffnet zu sehen, und man wird in dieser Erwartung nicht getäuscht, wenn man sein Buch in die Hand nimmt. Durchaus originell und den Kern des ganzen Werkes bezeichnend ist schon der Titel, der nicht mehr und nicht weniger verheisst, als eine Psychiatrie, die sich gründet auf Bau, Leistungen und Ernährung des anatomischen Substrates unseres Seelenlebens, des Vorderhirns. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Lösung der hier angekündigten Aufgabe einen Fortschritt unserer Wissenschaft von ganz eminenter Tragweite bedeuten würde, ja dass dieselbe auch für eine Reihe von anderen Disciplinen, namentlich

Digitized by Google

für die Psychologie, geradezu bahnbrechend werden müssen. Könnte uns die Psychiatrie erst wirklich Aufschluss darüber geben, in welcher Weise die krankhaften psychischen Functionen von Bau, Leistung und Ernährung ihres anatomischen Substrates bedingt werden, so wäre damit die Hauptarbeit unserer ganzen wissenschaftlichen Forschung gethan, und wir würden uns mit derselben Musse den mehr practischen Detailfragen zuwenden können, wie etwa der Geburtshelfer.

Wie weit *Meynert* dem vorgezeichneten stolzen Ziele nahe gekommen ist, wird sich erst nach dem Erscheinen der zweiten Hälfte des Werkes klarer beurtheilen lassen. Die vorliegende erste Hälfte enthält im Wesentlichen nichts, als die Grundlagen, auf welche anscheinend der projectirte Bau sich stützen soll. Der erste grosse Abschnitt des Buches (125 Seiten) enthält eine Darstellung der Gehirnanatomie. *Meynert* folgt hier in erweiterter, selbständig durchgearbeiteter Form wesentlich seinen früheren Arbeiten; dem Umstande, dass er das vorliegende Werk schon im Jahre 1877 begann, ist es wohl zuzuschreiben, dass eine grössere Reihe neuerer werthvoller Untersuchungen Anderer in dem Rahmen seiner Beschreibung keinen Platz gefunden hat. Wie er in der Vorrede mittheilt, stützt er sich in seinen Angaben hauptsächlich auf die Methode der Abfaserung, der er besondere Vorzüge zuschreibt. Wer, wie Ref., Gelegenheit gehabt hat, mit Hülfe der *Gudden*'schen Methode die völlige Unzuverlässigkeit der Abfaserung, selbst unter scheinbar sehr einfachen Verhältnissen, zu erproben, wird die Sicherheit der durch letztere gelieferten Ergebnisse nur mit grosser Vorsicht gelten lassen. Erhöht wird die Vertrauenswürdigkeit der Resultate auch nicht durch den Vergleich mit den Angaben anderer Forscher. Man halte z. B. nur das einfache Schema des Rückenmarksquerschnittes (Fig. 58) mit den von *Flechsig* und von *Aeby* (nach *Wernicke*) construirten zusammen! Indessen es würde natürlich viel zu weit führen, in die Controverse über einzelne anatomische Thatsachen hier des Näheren einzugehen, so mannigfache Gelegenheit sich auch dazu darbietet. Wir haben es hier mit einer speculativen Anatomie zu thun, die Manches sieht, Manches erräth und Manches postulirt. Ihr Vorzug ist derjenige grosser einheitlicher, nicht selten genialer Ideen, ihr Nachtheil ist der Mangel hinlänglich gesicherter Grundlagen. Wer wollte es leugnen, dass wir, je weiter wir mit Hülfe neuer Methoden eindringen in das unauflösliche Gewirr des Hirnbaus, um so skeptischer werden in der Anerkennung bis dahin scheinbar gesicherter Thatsachen! Leider wird das genaue Verständniss der *Meynert*'schen Beschreibung sehr erschwert durch die ihm eigenthümliche Abgerissenheit und Unübersichtlichkeit der Darstellung, welche schlechterdings fast nur dem bereits sehr gut unterrichteten Kenner die Lectüre fruchtbringend werden lässt. Dazu kommt, dass die Ausdrücke „oben, unten, hinten, vorn" oft in ganz verschiedenem Sinne gebraucht werden, und dass die Orientirung auf den Abbildungen durch die Unzweckmässigkeit der Bezeichnungen eine äusserst mühselige Arbeit ist. (So heisst z. B. Lb = discus lentiformis, n = globus pallidus,

Digitized by Google

c. tr. = Oblongata u. s. f.) Um nur ein einziges Beispiel anzuführen, halte ich es für gänzlich unmöglich, aus der *Meynert'*schen Beschreibung der Facialislähmung ein klares und richtiges Bild der thatsächlichen Verhältnisse zu gewinnen.

Der zweite Haupttheil des Werkes (p. 126—197) handelt von „anatomischen Corollarien und der Physiologie des Gehirns". In durchweg geistvoller und origineller, aber wegen Mangels einer durchsichtigen Disposition didaktisch unzweckmässiger Darstellung zieht der Verf. hier aus seinen anatomischen Anschauungen Schlüsse auf die functionelle Bedeutung der einzelnen Hirntheile, unter gleichzeitiger eingehender Berücksichtigung der durch das physiologische Experiment gewonnenen Ergebnisse. Das psychophysische Grundproblem des Zusammenhanges zwischen physischen und psychischen Vorgängen umgeht er durch den Satz, dass die Empfindungsfähigkeit die (einzige) specifische Energie der Gehirnzellen sei. *Meynert* ist Anhänger einer stricten Localisationstheorie im Sinne *Munk's*, dessen Versuche er wiederholt citirt. Jeder äussere Eindruck (auch die Muskelgefühle u. s. f.) hinterlässt an einer bestimmten Stelle der grauen Rinde einen dauernden Erregungszustand, der mit denjenigen anderer „Centren" durch die sog. „Associationsfasern" in functionelle Verbindung treten kann. Derartige Erregungszustände erfüllen successive im Laufe der Erfahrung die ganze Rinde; sobald dieselbe durchaus besetzt ist, hört wahrscheinlich die Möglichkeit neuer Erfahrungen auf, und wir stehen an der Grenze der Aufnahmefähigkeit. Einen besonderen Sitz der intellectuellen Vorgänge im engeren Sinne, wie man ihn bisweilen in den Spitzen des Stirnhirns oder auch des Hinterhauptslappens vermuthet hat, nimmt *Meynert* nicht an. Den anatomischen Associationen entsprechen die psychologischen, insbesondere auch die Associationsformen des Urtheils und des Schlusses; sogar die Causalität beruht auf anatomischen Verbindungen zwischen den Centren getrennt von einander aufgenommener Eindrücke. Der Zwang der Logik, den übrigens Verf. ohne Weiteres mit dem der Causalität zusammenwirft, soll durch die regelmässige Wiederkehr solcher Wahrnehmungen zu Stande kommen, bei denen „sich das subjective Band der Causalität mit dem gesetzmässigen Band der Dinge deckt". Und dabei bezeichnet es der Verf. wenige Seiten später (p. 170) als „die kühnste Hypothese, welche der gemeine Verstand, dessen Beschränktheit auch der Realismus in der Wissenschaft theilt, annimmt", „dass die Welt, welche den Gehirnen erscheint, auch vor und nach dem Bestehen von Gehirnen bestände". Die Erkenntniss der Idealität des Weltbildes, die ihm „durch physiologische Thatsachen und sehr einschneidend durch die erörterten anatomischen Thatsachen des Gehirnbaus gestützt wird", erscheint ihm mit Recht als eines der unbedingtesten Reactionsmittel auf die Denkfähigkeit eines Menschen. Aber vermögen denn etwa diese „Thatsachen" vor einer idealistischen Kritik besser Stand zu halten, als irgendwelche andere — vermögen sie in der grossen Frage des Idealismus überhaupt irgend etwas zu beweisen? Die Denkgesetze aus den Einwirkungen einer

Digitized by Google

Aussenwelt abzuleiten, die doch selbst in ihrer ganzen Erscheinung erst vom Gehirn geschaffen wird, ist ein innerer Widerspruch.

Indessen, auch abgesehen von diesen sehr anfechtbaren Excursen auf das philosophische Gebiet, dürften die Hypothesen *Meynert's* über das Zustandekommen der Vorstellungen und Vorstellungsverbindungen kaum mehr bedeuten, als die künstliche Construction entfernter Analogien, wenn sie auch vom Verf. ebenso, wie seine anatomischen Angaben, im durchaus dogmatischen Tone vorgetragen werden. Schon die relativ einfachsten Sinnesvorstellungen sind so complicirte Gebilde, dass bei ihnen von einer circumscripten Localisation gar nicht die Rede sein kann. Beweis dafür ist die negative Thatsache, dass beim Menschen der Verlust aller Erinnerungsbilder eines Sinnes thatsächlich niemals beobachtet worden ist. Weit mehr aber noch gilt das Gesagte für die übergrosse Mehrzahl unserer psychischen Gebilde, die abstracteren Vorstellungen. Will man die immerhin noch unbewiesene Annahme machen, dass wir als das functionelle Substrat der Vorstellungen Nervenzellen anzusehen haben, so würden die Verknüpfungen dieser letzteren sicherlich mehr der Zusammenfassung einzelner Wahrnehmungs- oder Erinnerungselemente zu einem psychischen Ganzen, als dem Vorgange der successiven Association dienstbar sein. So wäre es ja auch vom Standpunkte der Erregungstheorie am leichtesten begreiflich, dass die Erregung in denselben Zellengruppen ähnliche Erregungsformen wieder wachriefe, dass die Wahrnehmung des Concretum den Begriff des Abstractum in's Bewusstsein treten liesse u. s. f. Wären *Meynert's* Anschauungen richtig, so würde die psychische Persönlichkeit des Menschen nichts sein, als eine regellose, durch zufällige Momente bestimmte Aufeinanderfolge einzelner einfacher Vorstellungen. Sicher ist allein, dass bis heute alle derartigen Speculationen jeder irgendwie zuverlässigen, thatsächlichen Grundlage noch entbehren. Ebenso bedenklich wie bequem ist es, die logische Nothwendigkeit als ein mehr zufälliges Nebenproduct der mechanischen Gesetzmässigkeit des Associationsspieles zu bezeichnen; der eigentliche Kern des äusserst wichtigen und schwierigen Problems ist damit einfach verschleiert; man begreift ja unter jener Annahme gar nicht recht, wie es denn überhaupt noch unlogisches Denken geben kann.

Eine entscheidende Bedeutung für die Gesammtauffassung der Psychosen scheint für *Meynert* die Hypothese eines functionellen Gegensatzes zwischen Hirnrinde und den grossen Ganglien des Mittelhirns zu gewinnen. Die Rinde hemmt für gewöhnlich die Erregungen dieser letzteren, die erst bei Functionsschwäche des Vorderhirns eine gewisse Selbständigkeit erlangen. In der Rinde entstehen die Wahnideen, in den subcorticalen Centren die Sinnestäuschungen. Schwäche der Hemisphären führt zur Bewusstseinstrübung, bei gleichzeitiger Parese der subcorticalen Gefässcentren zu arterieller Hyperämie der Rinde mit dem Krankheitsbilde der Manie, während Blutreichthum der Gefässcentren erhöhte Function derselben, Gefässverengerung in den Hemisphären und damit wiederum das Bild der Me-

Digitized by Google

lancholie hervorrufen. Verarmung der Gehirnsubstanz an Sauerstoff, dyspnoetischer Ernährungsmodus der Rinde, erzeugt schmerzliche Abwehrgefühle; arterielle Hyperämie dagegen ist die Ursache aggressiver, angenehmer Affecte, wie eben überhaupt die Gefühle nichts Anderes darstellen, als den psychischen Ausdruck der Ernährungsverhältnisse in der Hirnrinde. In ähnlicher Weise construirt sich mit Leichtigkeit auch die Pathogenese mancher anderen Psychosen aus den denkbar einfachsten Elementen. Sollte hier wirklich das Ei des Columbus endlich auf die Spitze gestellt worden sein?

Doch genug von diesen Einzelheiten, welche vorzugsweise jene Punkte bezeichnen, die mir besonders charakteristisch oder die mir unter vielem Vortrefflichen und Ansprechenden in höherem Grade den Widerspruch herauszufordern schienen. Nur eines muss noch erwähnt werden, nämlich die auch bei *Meynert*'s Schülern nicht selten beobachtete Neigung, psychische und physische Vorgänge als identische Dinge zu betrachten. Wir lesen (p. 148) dass „das Innervationsgefühl durch die Bahn C wirkt", dass „Heerde von Innervationsgefühlen eingenommen werden" (p. 153), dass es „Heerde von Schlussprocessen" giebt u. Aehnl So weit sind wir noch nicht. Wenn auch Vieles dafür spricht, dass die erwähnten beiden Reihen von Vorgängen in einem inneren gesetzmässigen Zusammenhang stehen, so müssen wir doch voraussichtlich noch auf lange Zeit hinaus beide Gebiete als solche streng von einander trennen. Gefühle können nur auf Vorstellungen wirken. Die Localisation von Schlussprocessen, wie überhaupt von Bewusstseinsinhalt, ist ganz undenkbar, höchstens kann man die mit ihnen verknüpften physiologischen Vorgänge an einen bestimmten Ort verlegen.

Den dritten Theil der *Meynert*'schen Psychiatrie, die sich ja mit auf den „Leistungen" des Vorderhirns aufbauen will, sollte naturgemäss eine Darstellung der psychologischen Grundthatsachen bilden, welche gerade im Sinne *Meynert*'s als die eigentlich charakteristischen „Leistungen" der Rinde angesehen werden müssen. Darf es von vorn herein zweifelhaft erscheinen, ob es zweckmässig ist, in ein klinisches Lehrbuch den umfangreichen Ballast sämmtlicher Hülfswissenschaften mit aufzunehmen, so gebührt doch, wenn man sich einmal zu einer so tief greifenden Fundamentirung entschlossen hat, jedenfalls den Forschungsergebnissen der wissenschaftlichen Psychologie ebensoviel Raum, wie der detaillirten Beschreibung hypothetischer Faserverläufe oder vieldeutiger Vivisectionen, deren Werth für die heutige Psychiatrie selbst durch *Meynert*'s geistreiche Combinationen nicht als hinreichend gesichert gelten dürfte. Trotzdem ist von einer systematischen Darlegung der psychologischen Elemente gar nicht die Rede; nur mehr gelegentlich wird der psychischen Vorgänge als der Producte gewisser anatomischer oder physiologischer Verhältnisse Erwähnung gethan. Wie wir meinen, hat sich dadurch der Verf. selbst eine reiche und verhältnissmässig leicht zugängliche Quelle des Verständnisses psychischer Störungen abgegraben.

Eine ausführliche Berücksichtigung (p. 198—251) hat *Meynert* der „Er-

Digitized by Google

nährung des Gehirns" zu Theil werden lassen, ein Abschnitt, in welchem er die Blutversorgung, den Stoffwechsel und die relativen Grössenverhältnisse des Gehirnes nach einander behandelt. Die Darstellung ist hier meist referirend, doch wird u. A. hier die schon oben erwähnte Hypothese eines Antagonismus zwischen Rinde und subcorticalen Centren im physiologischen Detail ausgeführt. Interessant und manches Neue enthaltend sind die Mittheilungen über das relative Gewicht der einzelnen Hirntheile bei Menschen und Thieren, aus denen *Meynert* in der bekannten anziehenden Weise seine Schlüsse ableitet. Wir wollen nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit nachdrücklichst seine Methode der Hirnzerlegung als die einzig wissenschaftliche zu empfehlen. Den Schluss des Abschnittes bildet eine kurze Darstellung der von *Gudden* und von *Flechsig* eingeschlagenen Methoden zur Verfolgung der Leitungsbahnen des Gehirns. Die bestgelungene Partie des ganzen Buches scheint uns der Anhang über den „Mechanismus der Physiognomik" zu sein, in welchem *Meynert* zwar im Allgemeinen *Darwin*'s Fusstapfen folgt, dabei aber mannigfache neue und fesselnde Perspectiven zu eröffnen versteht. Mit ihm schliesst eigentlich der erste grundlegende Theil des Werkes ab.

Der nunmehr folgenden „Klinik der Vorderhirnkrankheiten", von der nur wenige Seiten erst erschienen sind, schickt der Verf. einen einleitenden Abschnitt „Uebersicht der Krankheitsbilder des Vorderhirns" voraus, in welchem er sich bemüht, die anatomisch-physiologischen Grundlagen einiger psychopathischer Symptomencomplexe näher festzustellen. Zum Theil haben wir diese Versuche schon oben erwähnt. Volle Zustimmung verdient die vom Verf. vertretene Anschauung, dass die überphysiologische Macht der Wahnideen nur aus subphysiologischer Schwäche des logischen Gesammtapparates zu verstehen sei. Auch in diesem Abschnitte verlieren sich die pathogenetischen Hypothesen *Meynert*'s vielfach in völlig speculatives Detail. Man lese nur die auf p. 276 gegebene Darstellung über das Zustandekommen der nervösen Erschöpfung. Am Ende des Abschnittes giebt *Meynert* seine Classification der Psychosen, deren Grundzüge hierherzusetzen gestattet sei.

A. Anatomische Veränderungen.
   I. Missbildungen des Schädels und Gehirns (Idiotie etc.).
   II. Heerderkrankungen (Delirien, Lähmungen, localisirter Blödsinn, traumatische Verworrenheit, Chorea).
   III. Diffuse Processe (Blödsinn, senile Processe, Paralyse, Delirien, „Basalmeningitis", acute Processe mit Chorea, Hysterismus, Epilepsie.

B. Ernährungsstörungen.
   1. Corticale Reizzustände.
      a. Reizbare Verstimmung, Veranlagung, reine Tobsucht.
      b. Einfache Melancholie, Kleinheitswahn, Selbstanklagewesen.
      c. Einfache Manie. Anhang: Chorea.
   2. Localisirte reizbare Schwäche.

Digitized by Google

a. Reizerscheinungen subcorticaler Sinnescentren. (Allgemeiner Wahnsinn, einfache und zusammengesetzte hallucinatorische Verworrenheit.)
b. Reizerscheinungen subcorticaler sensibler und Gemeingefühlscentren (Hypochondrie, Hysterie, partieller Wahnsinn).
c. Störungen der subcorticalen Gefässcentren.
   α. Hyperästhesie (Epilepsie, Hysteroepilepsie).
   β. Erschöpfbarkeit (circuläres Irresein).
   γ. Lähmungen (aufsteigende Paralyse, Morbus Basedowii).

C. Intoxicationen.

Wie man sieht, hat diese Eintheilung den grossen Vorzug, auf einheitlichen pathogenetischen Principien zu basiren, deren thatsächliche Berechtigung einstweilen zum grossen Theil noch als eine durchaus hypothetische bezeichnet werden muss. Ein abschliessendes Urtheil über den Werth der ganzen Aufstellung wird sich indessen erst an der Hand der speciellen klinischen Darstellungen des Verf.'s gewinnen lassen. Wir sehen daher dem Erscheinen des zweiten Theils der *Meynert*'schen „Psychiatrie" mit grösstem Interesse entgegen. *E. Kraepelin.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Rückblick auf die Irrenanstalten und die psychiatrische Literatur Schwedens im J. 1884. Von *Ernst Hjertström*, Oberarzt, Hernösand, Schweden.

Aus dem letzten Jahresberichte der Oberbehörde der Irrenanstalten entnehmen wir zuerst folgende statistische Mittheilungen über die Resultate der öffentlichen Irrenpflege Schwedens im Jahre 1882. Am Beginne dieses Jahres betrug die Zahl der Krankenplätze 2028 und am Ende des Jahres 2084. Dieser Zuwachs kommt ausschliesslich auf die Anstalten zu Lund und Upsala, die eine Vermehrung der Plätze um 12 resp. 44 erfahren haben. Im Jahre 1882 wurden in sämmtlichen Irrenanstalten Schwedens 2491 Kranke, davon 1317 M. und 1174 Fr. verpflegt; von diesen waren 990 M. und 912 Fr., zusammen 76 pCt., seit vorigem Jahre in den Anstalten zurückgeblieben, aufgenommen 589, davon 327 M. 262 Fr.; von diesen litten 525 (270 M., 255 Fr.) an einfachem Irresein, d. i. Manie, Melancholie, primäre Verrücktheit oder Blödsinn, während nur 63 an complicirten Irreseinsformen (mit Lähmung oder Epilepsie) oder an Idiotie litten. Was die erstgenannte der complicirten Formen oder Dementia paralytica besonders betrifft, so war sie durch 43 Fälle (38 M. und 5 Fr.) vertreten.

Entlassen wurden 517 (275 M., 242 Fr.), davon geheilt 198 (99 M., 99 Fr.). Was den Procentsatz der Genesungen besonders anbelangt, so wird in der betreffenden Tabelle bemerkt, dass derselbe 8,68 pCt. der wegen einfachen Irreseins, dagegen 7,95 pCt. aller im Jahre Verpflegten betrage.

Nach einer anderen Tabelle wird das Genesungsprocent aller in den letzten zehn Jahren Aufgenommenen und zwar mit besonderer Rücksicht auf die Krankheitsdauer vor der Aufnahme Jahr für Jahr berechnet. Es geht hieraus hervor, dass die Mittelzahl des Procentsatzes der Genesungen für alle 1873 — 1882 Aufgenommene 33,7 pCt. betrug; für Krankheitsfälle aber, die bei der Aufnahme noch nicht zwei Jahre gedauert haben, war dieselbe 43,4 pCt., für Fälle längerer Dauer nur 13,3 pCt. Für 1882 waren dieselben Zahlen 42,9 resp. 6,6 pCt. Gestorben sind 109, davon 64 M., 55 Fr. oder 4,77 pCt. aller Aufnahmen. Selbstmord ist nicht vorgekommen. Ueber die Art und Weise der Beschäftigung der Kranken in den Anstalten

Digitized by Google

giebt der Bericht genaue Aufschlüsse. Hier mag nur erwähnt werden, dass die Tagwerke kranker Männer und Frauen für sämmtliche Anstalten beinahe 200000 betrug.

Zu den wissenschaftlichen Beilagen haben *Oedman* (Lund) und *Björnström* (Stockholm) Beiträge der psychiatrischen Casuistik gegeben. Jener führt unter Anderen einen Fall von Dementia paralytica an, der sowohl des Verlaufes als nochmehr des Alters des Kranken wegen bemerkenswerth erscheine. Ein junger Bauer, im März 1860 geboren, erkrankt im Februar 1881 an Symptomen von Verwirrung und Geschwätzigkeit, doch ohne Grössendelirien zu zeigen. Im April desselben Jahres in die Anstalt gebracht, zeigte er sich ruhig, etwas träge und schweigsam. Nach einiger Zeit fing er an zu halluciniren und zeigte sich dabei ängstlich. So ging es fort bis zum Frühling 1882, um welche Zeit die Hallucinationen verschwanden, und der Kranke besonnen, wenn auch etwas schlaff und stumpfsinnig erschien. Zu dieser Zeit zeigten sich auch fibrilläre Zuckungen an den Labialmuskeln, die jedoch wenig beachtet wurden. Unterdessen nahmen die Schlaffheit und Schwäche der Seelenfunctionen, besonders des Gedächtnisses, immer mehr zu, und vor dem Ende des Jahres 1882 traten Tremor der Extremitäten, Incontinenz der Blase, Silbenstolpern und Ungleichheit der Pupillen hinzu, Symptome, die neben charakteristischer Zufriedenheit und deutlichem wenn auch bescheidenen Grössenwahn die soeben genannte Diagnose ausser Zweifel setzten.

Professor *Björnström* theilt eine Krankengeschichte unter der Diagnose von Mania transitoria epileptica mit; der Kürze wegen geben wir hier nur die Epikrise wieder: ein 45jähriger Mann, Bäcker, der seit dem zehnten Jahre an Schwindel, selten an vollständigen convulsiven Anfällen gelitten, dessenungeachtet sanftes Gemüth, guten Verstand und Arbeitsfähigkeit beibehalten hatte, wird in der Nacht vom 1. Nov. 1882 während der Arbeit plötzlich von einem Furor maniacalis ergriffen, beleidigt Frauen, warnt seine Umgebung vor einem unwiderstehlichen Triebe zu schaden, wirft sich dann durch ein Fenster hinab, bricht dabei das Schenkelbein, tobt zwei Tage hindurch ohne nachher sich an das Vorgefallene zu erinnern. Er gerieth dann in einen Zustand von Melancholie oder genauer ausgedrückt hypochondrischer Verrücktheit mit Stummheit und Nahrungsverweigerung neben einer fixirten Wahnidee eine Leiche zu sein, was bis zum 28. Nov. oder beinahe vier Wochen dauert, wonach er besonnen, ganz ruhig, überhaupt psychisch frei erschien, und blieb in diesem Zustand bis zur Entlassung 24. Febr. 1883, einige kurze epileptische Absensen ungerechnet, die doch keineswegs die Convalescenz störten. In Bezug auf die Diagnose sagt der Verfasser: „der Kranke erinnert sich nicht, ob er unmittelbar vor dem Ausbruche des Tobanfalles an einem stärkeren oder schwächeren epileptischen Anfalle gelitten hat, noch geben die Aufnahmescheine darüber Auskunft. Das mag auch gleichgiltig sein. Der Verlauf der Krankheit spricht deutlich genug für meine Ansicht, dass die plötzlich auftretende Psychose hier auf

Digitized by Google

epileptischem Boden steht, dass sie hier als ein „psychisches Aequivalent" eines epileptischen Anfalles betrachtet werden soll, wobei das convulsive Stadium durch eine zweitägige Tobsucht, das comatöse Nachstadium aber durch die weit länger dauernde hypochondrische Melancholie vetreten wird." In diese Schlussfolgerung stimmt der Ref. auch mit ein, insofern sie die Auffassung des Falles als einen in weiterem Sinne epileptischen betrifft. Wir können aber nicht die Meinung theilen, es wäre für die genauere klinische Würdigung des Falles gleichgiltig, ob ein convulsiver Anfall dem Ausbruche der Tobsucht unmittelbar vorgegangen sei oder nicht.

Dem Ref. scheint geradezu das Hauptinteresse um diesen Punkt der Krankengeschichte sich zu bewegen; nur wenn man die Abhängigkeit der Tobsucht von jedwelchen vorgehenden Convulsionen anschliessen kann, dürfte man berechtigt sein ein psychisches Aequivalent der Epilepsie anstatt des gewöhnlichen postepileptischen Irreseins anzunehmen. Von diesem Gesichtspunkte aus scheint der Mangel der bezüglichen anamnestischen Erklärungen bedauernswerth.

Dr. *Gvanberg*, Hospitalsarzt zu Nyköping, giebt die Geschichte einer Lues cerebralis mit hierher gehörigem Sectionsbefunde wieder. Die Kranke, von einer blödsinnigen Mutter geboren, acquirirte 12 Jahre alt von ihr Syphilis, die seitdem mehrmals recidivirte, zuletzt unter paraplegischen Symptomen, die bis auf zurückgebliebene Schwäche des rechten Beines verschwunden waren, als sie wahrscheinlich in Folge religiöser Grübeleien eine heftige Manie bekam, die binnen wenigen Tagen sie in die Anstalt führte. Sie soll nunmehr keine Lähmungssymptome gezeigt haben, war exaltirt, geschwätzig, unruhig und lasciv, wollte gern sich entkleiden und nackt liegen. Eine eingeleitete Behandlung mit Jodkalium blieb erfolglos; nach einigen Tagen traten Schwindelanfälle hinzu, und die Kranke starb plötzlich ungefähr 14 Tage nach der Aufnahme. Die Section ergab ausser Lungencongestion eine grosse Gummigeschwulst, die den vorderen linken Gehirnlappen einnahm, ohne dass jedoch die dritte Stirnwindung afficirt worden war.

Oberarzt *Mideström* (Gothenburg) spricht in demselben Berichte sich aus für die Anwendung der mechanischen Zwangsmittel, die er bei der Behandlung dem umsichtigen Irrenarzte nicht weniger nothwendig als Bandagen und Verbände dem Chirurgen findet. Er warnt vor der langwierigen Isolirung gewaltthätiger Irren und zieht es vor, solche Kranken mit gefesselten Armen unter den übrigen Kranken zeitweise sich bewegen zu lassen. In Anbetracht des erstrebten Zweckes schlägt er vor das Wort „Zwangsmittel" gegen „mechanische Schutzmittel" umzutauschen. Refer. bemerkt dazu, dass die Mehrzahl der schwedischen Irrenärzte allerdings vom Gebrauche der Zwangsjacke als Behandlungsmittel ganz abgekommen ist, es wäre denn, dass sie, um chirurgische Indicationen und dergl. zu erfüllen, dann und wann angelegt würde; doch dürfte vielleicht keiner dieser Anhänger des „No-restraint-Systemes" verneinen wollen, es möchte hin und

Digitized by Google

wieder ein Irreseinsfall vorkommen, wo die Zwangsjacke als Behandlungsmittel nützen könnte. Dem Ref. ist es doch wahrscheinlich, dass die Unannehmlichkeiten, die mit dem Gebrauche der Zwangsjacke in den Anstalten verbunden sind, die schwedischen Irrenärzte immer mehr bewegen werden, die Zwangsjacke aus der Reihe der psychischen Heilmittel auszumerzen.

Gehen wir jetzt zu einer Musterung der medicinischen Zeitschrift über, so finden wir im Januar-Hefte der Hygiea 1884 einen Aufsatz von Dr. *Hjertström* (Hernösand) „über cyklisches Irresein", Abdruck einer vor dem Carolinischen Institute zu Stockholm von ihm gehaltenen Vorlesung. Der Verf. giebt nach einer kurzen geschichtlichen Auseinandersetzung die Aetiologie und Symptomatologie des cyklischen Irreseins, ohne im Wesentlichen neue Gesichtspunkte beizubringen. Betreffend die Aetiologie hat der Verf. niemals erbliche Belastung vermisst; freilich hat er selbst nur etwa 8 Fälle cyklischen Irreseins genauer beobachtet. Als Beispiel bedeutenden Atavismus führt er einen Kranken an, dessen Tante und Grosstante mütterlicher Seite wie auch mehrere der entfernten Anverwandten geisteskrank waren; seine Eltern waren Geschwisterkinder, und von 7 Geschwistern des Kranken waren 4 taubstumm, der ältere Bruder geisteskrank, und noch eine Tante erkrankte, während der Neffe in der Anstalt verweilte. In einem anderen Falle (eine Frau) litt nach der Beobachtung des Verf. auch die Mutter an folie circulaire, ja nach Angaben des Gatten auch noch eine Schwester an derselben Krankheit.

Was die Therapie betrifft, räth er zur Vorsicht in der Anwendung der Narcotica bei ausgedehntem Verlauf der Cyklen, um nicht chronische Intoxicationen zu schaffen. Bei kurzem Verlauf derselben glaubt er Morphininjectionen nützlich, doch nur in der melancholischen Phase, wohl auch, wenn es angemessen erscheint, neben Bettliegen, um die folgende Exaltation einzuschränken. Die Bromsalze sollen auch nach der Ansicht des Verf. nur in der melancholischen Phase ihre Anwendung finden. Ausgehend von der Hypothese *Meynert's* über das Wesen der fraglichen Krankheit als einer vasomotorischen Neurose scheint ihm eben der Versuch durch etwas grössere Dosen Bromkali die Reizbarkeit des vasomotorischen Centrums in diesem Stadium herabzusetzen ganz angemessen.[1]) Das Hauptgewicht bei der Behandlung legt er allerdings auf die allgemeine Hygiene, Abhaltung aller Schädlichkeiten, unter Umständen durch die Ueberführung des Kranken in eine Anstalt, vor allem aber auf das Aufrechthalten der Nutrition besonders in der melancholischen Phase. Unter den tonisirenden Mitteln glaubt er eigentlich nur Eisen einer besonderen Erwähnung werth, und empfiehlt, wenn ein anämischer Zustand nur ver-

[1]) Chloral möchte hie und da symptomatisch nützen. Von anderen Narcoticis, wie Haschisch, Hyoscyamin hat er keine Erfahrung. Hydrotherapeutische Maassregeln (prolongirte Bäder, Einpackungen) finden am ehesten eine Anzeige in der Exaltationsperiode.

Digitized by Google

muthet werden kann, eine vorsichtige (am besten in den Intervallen), aber consequente Darreichung dieses Mittels, um möglicherweise dadurch die vasomotorische Reizbarkeit, wenn auch nur indirect, zu bekämpfen. Der Verf. hat nimmer eine vollständige, wie andere Irrenärzte, aber und zwar einmal eine relative Genesung unter Wegbleiben der Exaltationsperioden neben zeitweisem Wiederauftreten der Melancholie in gemilderter Form gesehen. Zuletzt erinnert er an den Nutzen, etwaige Complicationen (Gebärmutterkrankheiten durch locale Maassregeln, Neuralgien durch Elektricität, Massage) zu behandeln, wie auch an die Möglichkeit die Anfälle durch Chinin zu coupiren.

Im Septemberhefte derselben Zeitschrift stellt *Magnus Huss*, vormals Generaldirector der Irrenanstalten Schwedens, eine Vergleichung der Resultate der Irrenstatisik Schwedens und Norwegens dar, auf den letzten Jahresbericht über die Irrenpflege der beiden Länder gestützt. Hiernach wäre die Zahl der Irren — Idioten abgerechnet — in Schweden (am Ende des Jahres 1880) 7118, in Norwegen (am Ende des Jahres 1875) 4568; in Schweden kommt auf 641 Einwohner 1 Irrer, in Norwegen 1 auf 395. In beiden Ländern sind die Irren auf dem Lande relativ viel zahlreicher wie in den Städten. In Schweden sind 10 Anstalten mit zusammen 2084 Krankenplätzen, in Norwegen 11 mit 1275 Plätzen. Der Procentsatz der Genesenen in Norwegen sei allerdings etwas höher als derjenige Schwedens, wozu auch der Umstand beitragen möchte, dass in Norwegen nur in 33 pCt., bei uns dagegen in 40 pCt. der aufgenommenen Krankheitsfälle die Krankheit über zwei Jahre gedauert hatte.

Bericht über die familiale Verpflegung Geisteskranker zu Ellen im Jahre 1884. Von Dr. *Engelken* in Rockwinkel bei Bremen.

Ueber die Verhältnisse der familialen Verpflegung Geisteskranker in Ellen und Umgebung sind bisher keine ärztliche Jahresberichte erschienen. Die zunehmende Anerkennung der Nützlichkeit derartiger Einrichtungen, welche auch in der Umgebung der Privatanstalt des Herrn San.-Rath Dr. *Wahrendorff* zu Ilten seit einigen Jahren — mit bestem Erfolge — ausgeführt sind und voraussichtlich weitere Ausbreitung finden werden, lässt es mir als Pflicht erscheinen, in Zukunft regelmässige Berichte über die hiesigen Verhältnisse zu geben und dadurch zur Erweckung weiteren Interesses beizutragen.

Die Geschichte der Entstehung und des Bestehens der familialen Pflege dahier als bekannt voraussetzend, erlaube ich mir über den gegenwärtigen Modus der Verwaltung kurz Folgendes mitzutheilen.

Die Einrichtung der familialen Verpflegung ist eine Unternehmung der stadtbremischen Armenpflege (im Anschlusse an die von unserer Privatanstalt

Digitized by Google

vor fast einem Jahrhundert ausgegangenen Anfänge) und steht unter der Oberleitung des Directors derselben, während die speciellere Verwaltung ein Administrator der Landarmenpflege (unbesoldetes Ehrenamt) besorgt. Derselbe hat einen mit Jahresgehalt (750 M.) angestellten Armenaufseher unter sich, welcher inmitten des betreffenden Bezirkes wohnt.

Dieser Aufseher hat die Pfleger und Pfleglinge zu controliren, letztere von der Stadt, resp. städtischen Irrenanstalt abzuholen und eventuell zurückzuführen, die Quartiere vorzuschlagen und die Unterbringung zu vermitteln. Derselbe hat 2 Mal monatlich regelmässig alle Pfleglinge in den Quartieren zu besuchen, die Pflegegelder zu überbringen und alle Geschäfte zwischen Administration und Pflegern zu vermitteln. An ihn sind Klagen der Pfleger oder der Pfleglinge in erster Linie zu richten, und derselbe hat vorläufig alle derartigen Fälle zu untersuchen und darüber dem Arzte und der Administration Bericht zu erstatten.

Ausser diesen regelmässigen Gängen hat der Aufseher selbstredend jederzeit seine Aufmerksamkeit auf alle Verhältnisse der Kranken zu richten.

Die ärztliche Ueberwachung der Pfleglinge hat der Unterzeichnete übernommen, den seine ärztliche Praxis täglich in die Bezirke führt und der so im Stande ist eine durchaus unregelmässige, unerwartete und dadurch wirksame Controle zu üben. Alle Veränderungen im Krankheitszustande der Pfleglinge, oder in ihren Lebensverhältnissen, sind ihm durch die Pfleger direct, durch den Aufseher, oder die Pfleglinge selbst zu melden, welche in den täglichen Sprechstunden ungehinderten Zutritt zum Vorbringen etwaiger Klagen und Wünsche zu ihm haben. Mit ihm hat der Aufseher die Wahl der Quartiere, etwaige nothwendige Veränderungen in der Unterbringung, ausserordentliche Bedürfnisse der Kranken u. s. w. zu besprechen. Wünsche und Vorschläge des Arztes nimmt die Administration jederzeit bereitwillig entgegen und sorgt für deren schleunige Berücksichtigung.

In Fällen körperlicher Erkrankung der Pfleglinge ist der Unterzeichnete der behandelnde Arzt.

Für diese letztere Seite seiner Thätigkeit bezieht er ein Honorar von 6 M. pro Kopf der Pfleglinge (incl. der erforderlichen Arzneimittel).

Der Administrator der Landarmenpflege besucht 3—4 Mal jährlich sämmtliche Pfleglinge in ihren Quartieren in Begleitung des Arztes und des Aufsehers an einem jedesmal dafür besonders angesetzten Tage. Die jährliche Hauptvisitation durch den Director der stadtbremischen Armenpflege geschieht im Mai und wird vorher angesagt, damit derselbe sämmtliche Pfleglinge antrifft und persönlich sich von allen Verhältnissen überzeugen kann. Während der Visitationen, die stets unter Zuziehung des Arztes stattfinden, und nach deren Beendigung findet der Arzt Gelegenheit, Vorschläge und Wünsche an Ort und Stelle auszusprechen und zu begründen.

Die Auswahl der hierselbst unterzubringenden Kranken hat der Director der städtischen Irrenanstalt aus dem Materiale dieser Anstalt. Kranke, die nicht aus der Irrenanstalt selbst kommen, sollen dort wenigstens durch

Digitized by Google

14 Tage erst beobachtet werden, ehe ihre Versetzung hierher geschieht, um zu verhindern, dass ungeeignete Fälle herauskommen. Dem Unterzeichneten steht es dabei zu, Kranke, welche ungeeignet werden, oder deren monatsweise Unterbringung scheiterte, zur städtischen Anstalt ohne Weiteres zurück zu versetzen.

Für die Auswahl der Pfleglinge wird der Grundsatz festgehalten, dass dieselben ruhige, nicht bettlägerige, keiner besonderen körperlichen Pflege bedürftige, möglichst noch etwas arbeitsfähige, reinliche Kranke sein sollen. Epileptische Kranke sollen eigentlich ausgeschlossen sein, doch kommen immerhin einzelne solche Kranke hierher, deren Zustand kein zu störender ist.

Die Ansprüche, welche für die Kranken in Bezug auf die Wohnung gestellt werden können, sind in einzelnen Fällen sehr mässige, und müssen mit der Zeit erweitert werden. Im Allgemeinen ist vorgeschrieben, dass die Pfleglinge eine eigene oder mit einem anderen Pfleglinge getheilte Kammer erhalten sollen, welche nur die Betten der Kranken, so wie einen oder zwei Stühle, einige Haken für die Kleider an den Wänden, oder eine Lade für deren Bewahrung enthalten und genügend gelüftet werden können.

Dies ist jedoch nicht überall erreichbar, und manche Kranke müssen daher in weniger genügender Weise placirt werden. Während des Tages sollen die Kranken den Wohnraum der Pfleger theilen, an deren Tische ihre Mahlzeiten gemeinsam mit der Familie nehmen, mit den Pflegern im Zimmer oder im Freien sich nach Kräften beschäftigen. Ausnahmen von der Regel der Tischgenossenschaft finden bei einzelnen Kranken stets statt, die unappetitlich oder sonst ungeeignet sind.

In Bezug auf die Beköstigung haben die Pfleglinge Ansprüche auf die gleiche Ernährung wie die Pfleger selbst.

Die Kleidung wird für die Kranken von der Stadt-Armenpflege geliefert und ist von den Pflegern in Stand zu erhalten.

Die Männer sind fortdauernd in Kleidung zu halten mit: 1 Anzug, bestehend aus Rock, Beinkleid und Weste von blauem englischen Leder, resp. Dollaken, 2 leinenen Hemden, 2 Paar wollenen Strümpfen, resp. Socken, 2 kleinen baumwollenen Halstüchern, 1 Mütze von Tuch, 1 Strohhut für den Sommer. Als Fusszeug erhalten sie Holzschuhe und, ausnahmsweise, Lederschuhe. Für den Winter kommen dazu 2 wollene Unterjacken und 2 wollene Unterhosen (Coating), bei draussen Arbeitenden gestrickte wollene Handschuhe.

Die Frauen erhalten ein dunkles, gedrucktes, starkes Cattunkleid, 3 wollene Unterröcke, 2 wollene Unterjacken (Coating), 2 Hemden, 2 Paar lange wollene Strümpfe, 2 baumwollene Halstücher, 1 baumwollene und 1 leinene (Arbeits-) Schürze, dazu Holzschuhe, resp. Lederschuhe. Als Kopfbedeckung wird geliefert ein schwarzes wollenes Kopftuch für den Winter, ein sogenannter Helgoländer Hut für den Sommer. (Mit hellem Kattun überzogene Pappendeckel mit Nackenschutz.)

Digitized by Google

Die wollene Unterkleidung wird von den Frauen im Sommer event. einfach, im Winter die Röcke doppelt getragen. Allen im Freien arbeitenden werden auch dunkle wollene Oberjacken und Handschuhe bewilligt.

Die Beschäftigung der Pfleglinge besteht vorzüglich in Landarbeit, Hausarbeit, Viehbesorgung, Mattenflechten (Schilfmatten), Kinderwartung und Botengängen für die Pfleger. —

Im Jahre 1884 waren von der stadtbrem. Armenpflege in familialer Pflege in hiesiger Dorfschaft im Ganzen 112 Pfleglinge untergebracht (52 Männer, 60 Weiber) in 57 Familien.

Geisteskrank waren unter diesen 41 Männer und 56 Weiber, die übrigen nur körperlich Gebrechliche und 2 weibliche und 1 männliches Kind, die in den Familien zur Pflege und Erziehung aus körperlichen Gesundheitsrücksichten untergebracht waren.

Entlassen wurden wegen sich herausstellender Ungeeignetheit zwei Männer, der eine nach einigen Tagen wegen heftiger Erregung und Gewaltthätigkeit, der andere wegen Angriffes auf den Pfleger in Folge Tadels desselben nach bereits längerem Aufenthalte in dessen Hause.

Eine weibliche Kranke, welche angeblich genesen sein sollte, wurde zur Beobachtung und Constatirung ihres Zustandes in die städtische Irrenanstalt auf mein Anrathen versetzt, da ich diese Meinung nicht theilte.

Als grösserer Pflege bedürftig wurden entlassen und der städtischen Kranken- resp. Irrenanstalt vorübergehend zugeführt eine Geisteskranke mit complic. Fractur und dauernd 2 geistig gesunde weibliche Pfleglinge, beide an Phthisis leidend, sowie ein alter Emphysematiker mit Bronchopneumonie und ein Geisteskranker mit verbreiteter Caries. Letztere sind sämmtlich dort verstorben.

Ferner wurden in *Kahrweg*'s Asyl für arme Sieche versetzt 2 weibliche und 1 männlicher Pflegling.

Ein Kranker, blödsinnig, früherer Pflegling der Alsterdorfer Anstalt wurde nach einigen Monaten als ungeeignet wegen zunehmender Unreinlichkeit wieder dorthin versetzt.

Gestorben sind dahier im Jahre 1884 im Ganzen 6 Pfleglinge (4 Männer, 2 Weiber).

Entweichungen kamen mehrfach vor. Ein 15jähriges, schwachsinniges, verkommenes Mädchen ist zweimal heimlich fortgegangen und hat beide Male an 14 Tage sich umhergetrieben, hier und dort bei mitleidigen Leuten sich aufhaltend. Eine verwirrte, aufgeregte Kranke war drei Tage umher geirrt. Eine hysterische Kranke mit leicht nymphomanischer Erregung in der Monats-Periode hat sich 14 Tage obdachlos umhergetrieben. Eine ältere schwachsinnige Wittwe war 3 Tage fort, unbekannt wo. Desgleichen eine andere Frau 7 Tage. Ein junges Mädchen wurde von der Mutter heimlich den Pflegern fortgeholt. Eine jüngere Geisteskranke war, verleitet durch das Beispiel ihrer Genossin, derselben einige Wochen später gefolgt, hatte sich in krankhafter Erregung zur Polizei begeben und dort über Miss-

Digitized by Google

handlungen u. s. w. der Pfleger geklagt, die nachweislich von ihr total erfunden waren. —

Von den Männern waren 4 Personen ausgerückt: ein alter Trinker, der durchaus ein anderes Quartier haben wollte, ein chron. Verrückter, der sich 6 Wochen umhergetrieben und in Münster wieder auftauchte, derselbe, der später wegen Streit mit dem Pfleger in die Irrenanstalt versetzt werden musste. Ein Blödsinniger trieb sich 4 Tage lang in Bremen umher. Ein weiterer Kranker, Melancholie im Uebergange zur psychischen Schwäche, ist sogar mit Hülfe seiner Familie heimlich nach Amerika entwichen.

In andere Quartiere versetzt wurden: ein kranker Epileptiker wegen Differenz mit dem Pfleger auf Wunsch des Pflegers; ferner ein Kranker auf Ersuchen des Pflegers, dem das Kostgeld herabgesetzt werden sollte.

In 3 Fällen wurde eine Quartieraufhebung vorgenommen, einmal wegen Mangelhaftigkeit des Quartieres, einmal wegen Trunksucht des Pflegers und im dritten Falle wegen schlechter Versorgung der Kranken. —

Die Pflegerfamilien gehören zum grössten Theile dem Arbeiter- und Handwerker-Stande an oder sind kleinere Grundbesitzer. Sie sind, in Folge des durch mehrere Generationen reichenden Bestehens dieser Einrichtung, mit der richtigen Art der Behandlung solcher Pfleglinge vertraut.

Die Kranken haben es im Allgemeinen gut und fühlen sich auch zufrieden und behaglich, und es kommt nicht häufig vor, dass sie zur Anstalt zurück verlangen. Für manche Kranken leisten einzelne Pflegerfamilien Grosses, weit über das von ihnen billig zu Verlangende hinaus. In den letzten Jahren wurden die Wohnungsverhältnisse der Pflegerfamilien stetig besser. Die alten Häuser schwinden immer mehr und machen besseren, reinlicheren und gesunderen massiven Häusern Platz, — damit fallen allmählich manche Mängel weg, und mit dem Aussterben alter, noch öfters ungeeigneter, Pfleglinge wird die familiale Verpflegungseinrichtung immer mehr die ärztlichen Ansprüche befriedigen. —

Ausser den von der stadtbrem. Armen-Pflege untergebrachten Pfleglingen beherbergt der Bezirk noch eine ganze Reihe weiterer Geisteskranker in ähnlicher Weise. Diese sind theils von meiner Anstalt, theils von andern Armenverbänden hier untergebracht. Letztere Kranke stehen theils unter Aufsicht der Polizei, theils unter keiner besondern Ueberwachung. Es sind etwa 20 solcher Pfleglinge vorhanden. —

Die Pflegesätze sind für die Kranken der Bremer Armenpflege sehr verschieden, je nach Zustand der Kranken. Maassgebend ist die Arbeitsfähigkeit der Pfleglinge oder ihre mehr oder weniger grosse Pflegebedürftigkeit.

Sie betragen durchschnittlich pro Kopf und Monat 15 Mk. 50 Pf. Im Einzelnen werden beispielsweise gezahlt für 1 leicht schwachsinnigen, rüstigen, fleissigen Arbeiter 1 Mk. 50 Pf. pro Monat, für einen zweiten 4 Mk., für 1 Mädchen, das Landarbeit und Viehwartung unter Aufsicht besorgt,

Digitized by Google

5 Mk., für 1 Arbeiter (früher Potator und epileptisch, seit 1 Jahr frei von Anfällen) 8 Mk., für 1 Arbeiter 8 Mk., sonst 10 Mk. und mehr. Die höheren und höchsten Sätze werden bezahlt: für eine frühere Näherin, die ein eigenes hübsches Zimmer mit Feuerung und Licht hat, 25 Mk. pro Monat; für eine andere Kranke, früher Haushälterin, die besondere Kost erhielt, 23 Mk. im Sommer, 28 Mk. im Winter unter gleicher Logirung. Für zwei, lange Jahre bereits hier befindliche, Blödsinnige, von denen die eine noch etwas arbeitet, die aber beide unreinlich sind, werden je 18 Mk. pro Monat bezahlt; es sind diese beiden die relativ wohl am geringsten zahlenden Pfleglinge.

Indem ich hiermit den ersten Bericht über die ländliche familiale Verpflegung Geisteskranker zu Ellen schliesse, erlaube ich mir diejenigen Herren Collegen, welche sich für die Sache interessiren, zu persönlicher Kenntnissnahme freundlichst einzuladen und stelle mich mit Vergnügen zu ihrer Disposition. Ich bin, mit Ausnahme von Mittwoch und Sonnabend, stets zu ihrer Disposition.

Aus Schlesien. — In Kunzendorf bei Freiburg ist nach dem Vorbilde des Hedwigstiftes in Berlin seitens der schlesischen Maltheser ein Krankenhaus errichtet worden, welches den Namen „Josephinen-Krankenhaus" führen wird. Das Haus bietet die nöthigen Räume für 50 Idioten. Vorläufig kommen als Idioten 20 Knaben und 20 Mädchen zur Aufnahme. Dieselben verbleiben bis zum Ende des 14. Lebensjahres in der Anstalt.

Ehescheidungsprocess in London. — Vor dem Londoner Ehescheidungsgerichtshofe gelangte am 10. März nach achttägiger Verhandlung ein Process zum Austrage, der namentlich die hocharistokratischen Kreise Englands in die grösste Spannung versetzt hatte. Der Earl von Durham, ein Mitglied der Pairskammer, hatte bei dem genannten Gerichtshofe ein Gesuch um die Ungültigkeitserklärung seiner mit Ethel Elizabeth Louise Milner am 28. Oct. 1882 geschlossenen Ehe gestellt, aus dem Grunde, dass Fräulein Milner zur Zeit der Trauung irrsinnig gewesen sei. Lady Durham zeigte bald nach ihrer Vermählung auffällige Symptome der Geistesstörung, und sie ist jetzt nach dem Gutachten der bedeutendsten Irrenärzte hoffnungslos wahnsinnig, ein Zustand, der jedoch nach dem englischen Gesetze keinen Ehescheidungsgrund bildet. Lord Durham behauptete indess, dass seine Gemahlin zur Zeit, als er mit ihr zum Altar schritt, und überhaupt schon einige Zeit vorher an Irrsein gelitten habe und demnach für die Schliessung eines Ehebundes nicht zurechnungsfähig gewesen sei. Die Geschwister und die übrigen Anverwandten der Lady Durham räumten ein, dass letztere jetzt wahnsinnig sei, wendeten aber ein, dass sie zur Zeit ihrer Verheirathung und vorher bei gesundem Verstande gewesen sei. Ethel Milner gehört einer aristokra-

Digitized by Google

tischen, obwohl nicht reichen Familie an und war, als Lord Durham sich mit ihr verlobte, eine der gefeiertsten Schönheiten in den Salons der englischen Haute volée. Mit ihrer Schönheit verband sie jedoch ein schüchternes und zurückhaltendes Wesen, wie man dies bei jungen Damen ihres Standes heutzutage nicht zu finden pflegt. Selbst ihrem Bräutigam gegenüber zeigte sie sich stets sehr kalt und spröde, und wenn er ihr deswegen sanfte Vorwürfe machte, pflegte sie zu entgegnen, dass sie etwas „Fürchterliches begangen habe". Schon damals wurden in Lord Durham Zweifel rege, ob seine Braut bei gesundem Verstande sei. Ihre Anverwandten, denen er diese Zweifel mittheilte, meinten aber, es wäre übertriebene Schüchternheit, die sich nach der Hochzeit schon legen werde. Je näher der für die Vermählung angesetzte Termin rückte, desto schweigsamer, zurückhaltender und schüchterner wurde Fräulein Milner. An ihrem Hochzeitstage interessirte sie sich weder für ihre Toilette, noch für die eingelaufenen prächtigen Brautgeschenke. Vor und nach der Trauung hatte sie kein Wort für Lord Durham oder die zahlreichen Hochzeitsgäste. Nur mit vieler Mühe gelang es, sie zu bewegen aus der Equipage zu steigen, und als sie den Saal betrat, wo das Hochzeitsmahl servirt werden sollte, blieb sie am Eingange stehen, ohne mit Jemand eine Silbe zu wechseln, und antwortete auf Fragen nur mit einem kaum hörbaren „Ja" oder „Nein". Während der Flitterwochen verschlimmerte sich das seltsame Benehmen der jungen Frau. Zerstreuungen und Reisen blieben wirkungslos, bis endlich Dr. *Blandford* erklärte, dass Lady Durham an unheilbarem Irrsinn leide. Auf die vorerwähnten Symptome stützte Lord Durham seine Behauptung, dass Lady Durham schon vor ihrer Verheirathung an Geisteszerrüttung gelitten habe. Für und wider diese Behauptung wurden eine Menge von Zeugen vernommen und von den Advokaten der beiden Parteien einem erschöpfenden Kreuzverhöre unterworfen. Der Gerichtshof erkannte auf Zurückweisung des Gesuches Lord Durham's und motivirte dieses Erkenntniss damit, dass er nicht die Ueberzeugung habe gewinnen können, dass die Geisteszerrüttung der Lady Durham vor ihrer Vermählung ein solches Stadium erreicht hatte, dass sie ausser Stande gewesen sei, die Verantwortlichkeit des Ehebündnisses zu verstehen.

Feuer in der Männerabth. der Irrenanst. zu Philadelphia — am 12. Febr., wobei 18 Kr. umkamen. Ein geistesschwacher Neger bekannte sich als Thäter, verführt durch einen Wärter, der sich an dem dirig. Arzte rächen wollte.

Wahnsinn eines Schiffskapitäns. — Die amerikanische Barke „Wellington" hatte in Havre eine von Newyork gebrachte Ladung Petroleum gelöscht und den französischen Hafen am 20. Januar verlassen, um mit leeren Fässern und Ballast nach Amerika zurückzukehren. Die Bemannung bestand aus 16 Ma-

Digitized by Google

trosen, darunter mehreren Ausländern. Gleich nach der Abfahrt hatte der Kapitän, Armstrong mit Namen, angefangen, stark zu trinken, und die Steuerleute hatten es für rathsam gehalten, zwei Fässchen mit Branntwein über Bord zu werfen, da sich bei dem Kapitän Symptome von Wahnsinn bemerkbar machten. Am letzten Sonntag Abend um 8 Uhr gab der Kapitän dem ersten Officier Befehl, den Schiffszimmermann, den Hochbootsmann und den Steward in Eisen zu schliessen, ohne dass irgend ein augenfälliger Grund dafür vorlag. Dem Befehl wurde Folge geleistet, und der erste Officier ermahnte die Leute, es ruhig hinzunehmen, da er sie in Freiheit setzen werde, sobald sich die Aufregung des Kapitäns gelegt habe. Gegen Mitternacht wurden die Gefesselten freigelassen. Am nächsten Morgen um 2 Uhr rief der Kapitän den Hochbootsmann zu sich und forderte ihn auf, bei ihm zu wachen, während er schlafe, da er fürchte, ermordet zu werden. Der Hochbootsmann brachte ihn hierauf zu Bett, doch der Kapitän erhob sich gleich darauf wieder und suchte nach seinen Revolvern, und der Hochbootsmann, welcher Schlimmes befürchtete, flüchtete sich in die Kajüte des zweiten Officiers. Der Kapitän verfolgte ihn, und ihn in der Kajüte des Zimmermanns vermuthend, trat er in dieselbe ein und schoss auf den letzteren, einen Deutschen Namens Adolf Haase, welcher gegenwärtig schwer verwundet darniederliegt. Der erste Officier forderte nun die Mannschaft auf, den Rasenden zu entwaffnen, und es erfolgte ein harter Kampf, in dem der Kapitän eine tödtliche Wunde erhielt, nachdem er noch zuvor einen Matrosen Namens Martin Ness, einen Norweger, schwer verwundet hatte. Wenige Stunden später starb der Kapitän, nachdem er im Delirium wiederholt geäussert, dass er sich vergiftet habe. Die Barke ging am Mittwoch in Wembury-Bai vor Anker. (Natlzg. No. 74, 1885.)

Heinrich Neumann. Nekrolog. Am 10. October 1884 endete der Tod das wechselvolle Leben *Heinrich Neumann's*, eines Psychiaters, welcher sich durch seine wissenschaftliche Thätigkeit eine weit über die Grenzen unseres engeren Vaterlandes reichende Berühmtheit errungen und durch sein Wirken als Arzt und Mensch in seiner Vaterstadt und Heimathsprovinz eine ungezählte Menge von Verehrern erworben hat.

Zwar hatten Alter, Kränklichkeit und Sorge ihn seit vielen Jahren vom Schauplatze der Oeffentlichkeit zurückgedrängt, so dass nur ein sehr kleiner Theil der jetzt lebenden deutschen Irrenärzte Gelegenheit gehabt hat, ihn persönlich kennen zu lernen, doch werden alle, welche durch Wort und Schrift von seiner genialen Eigenart Kunde erhalten haben, sein Hinscheiden schmerzlich bedauern.

Die Daten, welche uns über seinen Lebensgang zu Gebote stehen, ermangeln zum Theil der historischen Genauigkeit, doch genügen sie, um uns von dem Manne selbst ein Bild zu entwerfen.

Heinrich Neumann wurde am 17. Januar 1814 zu Breslau geboren. Er

Digitized by Google

stammt aus einer Gelehrten-Familie. Der Philosoph *Braniss* und der Chemiker *Fischer*, welche an der Breslauer Hochschule wirkten, waren ihm nahe verwandt. Sein Vater, Israelit von Geburt, fungirte als Lehrer an der zum Zwecke der Juden-Emancipation daselbst gegründeten, jetzt längst aufgehobenen Wilhelmsschule. Ungefähr in den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts hatte eine englische Missionsgesellschaft den Plan gefasst, zu Bekehrungsversuchen das neue Testament in's Hebräische übersetzen zu lassen. Von einem namhaften Orientalisten wurde der wissenschaftlich bereits bekannte ältere *Neumann* als der einzig taugliche zu solchem Unternehmen bezeichnet. Er wurde nach England berufen, trat schliesslich mit seiner Familie zum Christenthum über und lebte dann als Privatgelehrter, ganz mit der ihm übertragenen Arbeit beschäftigt, in Breslau.

Die Gelehrsamkeit des Vaters und die allgemeine Bildung, welche sich derselbe durch seine Reisen und die Berührung mit der Aristokratie des Geistes und der Geburt erworben hatte, waren auf den Bildungsgang *Heinrich Neumann's* von unverkennbarem Einfluss. Nicht nur, dass er mit erstaunlicher Fassungskraft sich Gymnasial- und medicinische Fachkenntnisse aneignete, so dass er schon in dem für damalige Verhältnisse geringen Alter von 22 Jahren multa cum laude zum Doctor. med. promovirt wurde, nein, er erwarb sich auch eine umfassende schöngeistige Bildung und vollendete weltmännische Formen, welche ihn im Verein mit einer anspruchslosen Verbindlichkeit zu einer sofort für sich einnehmenden Erscheinung machten. So beherrschte er neben Anderem die englische Sprache und Literatur vollständig und war ein weit über das Niveau der Mittelmässigkeit ragender Musikdilettant.

Nach Absolvirung seiner Studien trat er beim 1. Schles. Kürassier-Regiment als Regimentschirurgus ein, fungirte als solcher mehrere Jahre und erhielt dann den Auftrag, einen kranken höheren russischen Militair auf Reisen zu begleiten. Nachdem sein Client in Kissingen gestorben war, brachte er die Leiche nach Petersburg und kehrte als Ritter des Stanislaus-Ordens nach Deutschland zurück. In Breslau wurde er Assistent an der geburtshilflichen Klinik des Professors *Betschler*, leitete vertretungsweise dieselbe ein bis zwei Semester selbständig und habilitirte sich dann als Docent für innere Medicin. Als solcher war er ein Hauptvertreter der damals modernen *Schönlein*'schen Richtung und hatte von Seiten der Fachprofessoren mannigfache Anfechtungen zu erdulden. Deshalb gab er seine Docentur freiwillig auf und ging im Mai 1846 als Assistenzarzt an die Provinzial-Irren-Heilanstalt Leubus, wo *Martini* damals das Scepter führte und durch das Renomée seiner Persönlichkeit dem mit der Anstalt verbundenen Pensionate Gäste aus aller Herren Ländern, namentlich aus Osteuropa, zuführte. Einem speculativen Geiste, wie er *Neumann* zu eigen war, musste die Beobachtung der psychisch Kranken dauernd das weitgehendste Interesse erwecken, doch der büreaukratische Sinn, welcher die Signatur der Anstaltsverhältnisse bildete, die Sturm- und Drangperiode der politischen Umwälzungen in da-

Digitized by Google

maliger Zeit, welche nicht ohne Einwirkung auf alle anderen Verwaltungsverhältnisse blieb, manche Hemmnisse beseitigte, aber auch manche taube Blüthen trieb und nicht wenig die feurige Natur des Dahingeschiedenen beeinflusste — er wollte z. B. die einheitliche Leitung der Anstalten umgeschaffen wissen — führte Collisionen mit den gegebenen Verhältnissen herbei und veranlasste ihn, aus dieser ihm unbehaglich gewordenen Stellung Ende 1849 zu scheiden. Er wurde noch einmal Militairarzt in einem schlesischen Infanterie-Regiment. Als solcher war er während des polnischen Aufstandes und in der Cholera-Epidemie 1850 thätig, doch drängte es ihn wieder Seelenheilkunde zu treiben, und so gründete er 1852 in einem an Breslau unmittelbar angrenzenden Dorfe, Pöpelwitz, eine Privat-Irren-Anstalt. Sie war die erste in Ost-Deutschland, und half einem längst vorhandenen Bedürfnisse ab. Ihre Einrichtung war von vornherein einfach, aber nicht unzweckmässig. Wenn *Neumann* trotz dessen stets mit den grössten materiellen Sorgen zu kämpfen hatte, so lag dies nicht blos daran, dass er sein Unternehmen ohne eigene Mittel begonnen hatte, sondern weil ihm, was man oft bei genialen Naturen findet, wirthschaftliche Begabung und auch Erfahrungen vollständig fehlten.

In den fünfziger Jahren habilitirte er sich zum zweiten Male und zwar für Psychiatrie, ohne zunächst die Möglichkeit zu haben, über ein Demonstrations-Material verfügen zu können. 1862 wurde er Professor extraordinarius und kam neben *Griesinger* und *Solbrig* bei Besetzung der Berliner Professur in Frage. Als im Jahre 1867 die Irren-Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals von der städtischen Hospital-Abtheilung für innere Kranke abgezweigt wurde, erhielt er die Stelle des Primärarztes derselben. Jetzt benützte er freilich unter Schwierigkeiten die seiner Behandlung anvertrauten Kranken zu klinischen Zwecken, bis 1874 durch Vertrag des Staates mit der Stadt in der Irrenstation eine officielle psychiatrische Klinik geschaffen und *Neumann* zu deren Director ernannt wurde. Besonders in den letzten Jahren stieg die Zahl der Zuhörer, trotz der facultativen Behandlung unserer Fachwissenschaft bei der Staatsprüfung, in erfreulicher Weise. Ein ausreichendes Material war bei einem Bestande von 160—200 Kranken und einer jährlichen Aufnahme-Ziffer, welche von 400 bis auf über 700 in den letzten Jahren gestiegen war, stets vorhanden. Auch sollte sich in nächster Zukunft *Neumann*'s Lieblingsplan, der nothwendige Bau einer neuen städtischen Irrenanstalt ausserhalb des Rayons des allgemeinen Hospitals verwirklichen, doch wurde seine Freude ausser durch stete materielle Sorgen durch eine seit 1881 auffallend fortschreitende Hinfälligkeit beeinträchtigt. Da der Verewigte jede physikalische körperliche Untersuchung verweigerte, stellte erst eine Anfang 1884 auftretende Carbunculose die Diagnose des Diabetes sicher. Im Laufe des Sommers erholte sich der Patient so weit, dass er mit reger geistiger Frische noch am 6. September v. J. die Versammlung des Vereins der Irrenärzte Schlesiens und Posens in Owinsk leiten konnte, doch verschied er nach kurzem Prodromen am 10. October 1884

Digitized by Google

Nachmittags 5¼ Uhr im diabetischen Coma. Seine Ruhestätte fand er nach seinem Wunsch auf dem Kirchhofe zu Pöpelwitz, trotzdem er nach dem Verkauf seiner Privatanstalt, d. h. seit 1881, in Breslau wohnte.

Neumann's literarische Thätigkeit ist im Vergleich zu der Fruchtbarkeit moderner geistiger Producenten keine umfangreiche gewesen. Abgesehen von einigen früheren nicht psychiatrischen Veröffentlichungen, begründeten hauptsächlich seine Werke über das Entmündigungsverfahren („der Arzt und die Blödsinnigkeitserklärung", Breslau 1847, „Theorie und Praxis der Blödsinnigkeitserklärung", Erlangen 1860, und sein „Lehrbuch der Psychiatrie", Erlangen 1859) seinen Ruf. Gleichsam als sein psychiatrisches Vermächtniss hinterliess er zwei compendiöse Bearbeitungen der gleichen Materien, nämlich seinen „Katechismus der gerichtlichen Psychiatrie" (Breslau 1884) und seinen „Leitfaden der Psychiatrie für Mediciner und Juristen" (Breslau 1883). Ausserdem sind noch zu nennen seine gerichtsärztlichen Reflexionen über den Process Kullmann (Berlin 1875) und ein wissenschaftlicher Rechenschaftsbericht über die Privatanstalt Pöpelwitz, sowie kleinere Essays und Gutachten, welche in der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie zum Abdruck kamen.

In seinen Lehrbüchern hat sich *Neumann*, abhold jedem Autoritätsglauben, meist eigene Anschauungen über das Wesen und den Verlauf der Seelenstörungen aus scharfsinniger Deutung minutiöser Beobachtungen construirt, und gipfelt das Resumé derselben darin, dass er aus der modernen anatomischen Richtung kein gedeihliches Fortschreiten der Psychiatrie erhofft, sondern dem Wesen des psychischen Krankheitsprocesses nur auf dem Boden der psychologischen Deduction näher zu treten glaubt. Diese Ansicht erschütterten die neueren Fortschritte in der Erkenntniss der Gehirnfunction nicht, trotzdem er nicht etwa, wie mancher alternde Gelehrte, aus Lässigkeit oder Voreingenommenheit es versäumte, von denselben genaue Kenntniss zu nehmen, nein, weil er an dieselben mit einer Skeptik herantrat, welcher man mit Rücksicht auf den gegenwärtigen Stand der Frage nicht ganz die Berechtigung absprechen kann. Ebenso negativ verhielt er sich allen Classifications-Versuchen gegenüber. Er hielt solche überhaupt noch für verfrüht und half sich damit, dass er die hervorstechenderen Symptomen-Complexe als Stadien einer Krankheitsform hinstellte und bei jeder geistigen Störung, einschliesslich der Paralyse, hauptsächlich drei Perioden, nämlich eine solche der Production pathologischer Geisteserzeugnisse, eine zweite der Lockerung des Zusammenhangs der Vorstellungen und eine dritte des gänzlichen geistigen Zerfalles unterschied. Diesen typischen Verlauf unterbrächen nach seiner Meinung nur Genesung und Tod. Es ist hier nicht der Ort, Kritik über diese Theorie zu üben, sonst würde ein Eingehen auf den Symptomencomplex der primären Verrücktheit, welches im persönlichen wissenschaftlichen Verkehr über dieses Thema oft gegen ihn in's Feld geführt wurde, allein schon genügen, um dieselbe zu erschüttern. Es dürfte sich auch darüber streiten lassen, ob der Mangel eines jeden Schematismus, wie

Digitized by Google

er aus solchen Ansichten resultiren muss, seine Lehrbücher practisch für Anfänger resp. Studirende erscheinen lässt. Dieselben werden ihren unbestrittenen Werth behalten wegen der klaren, formvollendeten Art und der geschickten Gruppirung, in welchen *Neumann* seinen Gedanken Ausdruck zu verleihen weiss, wegen der Lebenswahrheit und knappen Umgrenzung, mit welcher er psychische Symptomencomplexe schildert, wegen der Fülle von Gedankenmaterial, mit welchem er die Producte der Empirie durchwebt. Infolge dessen erkennt man auch in fast allen neueren Lehrbüchern seinen Einfluss, namentlich in den psychologischen Einleitungen derselben. Manche seiner bezeichnenden Ausdrücke, wie z. B. „die geistigen Invaliden", sind Gemeingut geworden.

Mehr für die Bedürfnisse der Praxis sind seine gerichtsärztlichen Publicationen eingerichtet; sie sollen und können dem practischen Arzte wesentlich dazu helfen, in foro einen psychischen Krankheitszustand in einer für Richter, also für medicinische Laien, überzeugenden Weise zu demonstriren. Hier stimmt der Verfasser auch völlig mit den allgemeinen Anschauungen überein, wenn er eine möglichst freie und einfache Form des Entmündigungsverfahrens und eine Ausmerzung der unwissenschaftlichen Begriffe „Wahnsinn und Blödsinn" fordert. Hat uns doch auch die neue Civilprocess-Ordnung in dieser Beziehung schon mehr erfüllt, als *Neumann* in seinem Gesetzesvorschlage (Blödsinnigkeitserklärung 1860) postulirte, und dürfen wir wohl von dem neuen Civilgesetzbuch ein Uebriges hoffen.

Aehnlichen Principien, wie in seinen schriftlichen Veröffentlichungen, huldigte er als klinischer Lehrer. Die Studenten waren zwar beim jeweiligen Beginn der klinischen Vorträge durch den Mangel der Abgrenzung bestimmter Krankheits-Schemata, welche sie aus den übrigen Disciplinen gewöhnt waren, und durch das Frondiren gegen die pathologische Anatomie frappirt, doch machte den Verewigten die anregende und erschöpfende Erörterung des Einzelfalles und die Art, wie er im Anschluss an das Demonstrations-Object seine Zuhörer mit Gedanken infiltrirte, zu einem der beliebtesten klinischen Lehrer.

Erwähnenswerth ist auch noch seine populärwissenschaftliche Thätigkeit. Seine Vorlesungen über Shakespeare's Dramen, welche zum Theil im Druck erschienen sind, (z. B. über Lear und Ophelia, Breslau 1866), gehören zu den besten Proben populärer Aesthetik und ihre Lectüre wird im Vergleich zur Oberflächlichkeit moderner Journalistik auch heutzutage jedem Gebildeten ein wahrer Genuss sein.

Neben diesen wissenschaftlichen Vorzügen besass aber *Neumann* ein edles, für fremdes Leid und das öffentliche Wohl warm fühlendes Herz. Den Armen gab er oft über seine Kräfte, und ohne Rücksicht auf seine eigenen Interessen führte ihn der Drang zu helfen, 1866 auf die Schlachtfelder Böhmens und 1870/71 in die heimischen Lazarethe. Auch war er trotz seiner zum Polemisiren geneigten Natur ein wohlwollender, ja überaus milder Beurtheiler des Thun's Anderer.

Digitized by Google

Jetzt, „wo er fortgezogen ist in jenes unbekannte Land, von dessen Grenzen niemals ein Wandrer wiederkehrt," werden seine Werke ihm noch lange einen ehrenden Namen in der Wissenschaft sichern. Seine persönlichen Freunde aber werden, obgleich an seinem Sterbebette die Worte Shakespeare's:

„Quält seinen Geist nicht, lasst ihn ziehen,
Der hasst ihn, der auf die Folter dieser zähen Welt
Ihn länger spannen wollte!"

gerechtfertigt waren, noch lange die Lücke empfinden, welche der Verlust eines so geistsprudelnden, gemüthvollen und liebenswürdigen Mannes ihrem Kreise zugefügt hat. Seine Untergebenen vermissen in ihm einen väterlichen Gönner.

Möge ihm die Erde leicht sein! —

Dr. *A. Leppmann*,
Secundärarzt der Irrenstation des Allerheiligen-Hospitales.

Der Verein der deutschen Irrenärzte

wird in diesem Jahre seine Sitzungen in Baden-Baden am 16. und 17. Sept. abhalten, im Anschlusse an die Naturforscherversammlung in Strassburg. Es wird gebeten, Vorträge bis zum 1. August c. an den Vorsitzenden (Dr. *W. Nasse*-Bonn) anzumelden. Mitte August wird die Tagesordnung versendet.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte [1]).

Dem Verein ist beigetreten:

109. Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt, Westpreussen.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Jensen*, Director der Prov.-Irrenanst. zu Allenberg, ist zum Dir. der städtischen Irrenanstalt Dalldorf bei Berlin,

Dr. *Langwaagen*, 2. Arzt der Landesanst. in Colditz, ist zum Director derselben,

---

[1]) Vgl. Ztsch. Bd. 32, S. 80, Bd. 33, S. 34, Bd. 39, S. 339 u. S. 839, Bd. 41, S. 475 u. S. 735, Listen der Vereinsmitglieder sind bei Unterzeichnetem zu haben. *Laehr.*

Digitized by Google

Dr. *Wulff* zum Director der Idiotenanstalt Langenhagen bei Hannover,

Dr. *C. Wernicke*, Privatdocent in Berlin, ist zum Prof. der Psych. und zum dirig. Arzt der Irrenabth. des Allerheiligenhospitales zu Breslau,

Dr. *Tigges*, Ober-Medicinalrath in Düsseldorf, zum Geh. Medicinalrath,

Dr. *Claus*, Dir. der Heil- u. Pflegeanst. Sachsenberg bei Schwerin, zum Medicinalrath ernannt worden.

Dr. *Servaes*, San.-Rath in Koeln, hat die Direction der Heilanstalt für Nervenkranke zu Theresienhof bei Goslar übernommen.

Dr. *A. Siering*, San.-Rath u. Arzt der Departementalirrenanst. zu Düsseldorf, hat das Ehrenkreuz 3. Kl. des Fürstl. Hohenzollern'schen Hausordens,

Dr. *Paetz*, Dir. der Prov.-Irrenanstalt „Rittergut Altscherbitz", das Ritterkreuz 1. Kl. des Kgl. Bayr. Verdienstordens vom heil. Michael erhalten.

Dr. *Zelasco*, Geh. San.-Rath u. Dir. der Privatirrenanst. zu Kowanowko, ist seinen langjährigen Leiden erlegen.

Digitized by Google

Ueber Entweichungen und Entweichungsversuche von Geistesgestörten aus ihren Verpflegungsorten.

Von

Prof. Dr. Ludwig Schlager,

Director der n. ö. Landes-Irrenanstalt zu Wien.

Ein nicht seltenes Vorkommniss ist es, dass geistesgestörte Personen aus ihren Unterkunftsorten zu entweichen versuchen und auch wirklich entweichen. Da bezüglich solcher misslungener und gelungener Fluchtversuche im Laienpublikum, wie im Kreise der Nicht-Irrenärzte, dann aber auch insbesondere von Seiten der verschiedenen Behörden noch manche nicht zutreffende Voraussetzungen und Ansichten bestehen, erscheint es mir nicht unangemessen, dieses Vorkommniss auf Grund meiner Erfahrungen hier zu erörtern, um vielleicht manche bezüglich der Entweichungen Geistesgestörter nach bestehende, nicht ganz zutreffende Anschauungen zu klären und richtig zu stellen.

Zunächst erschien es mir gerechtfertigt, die Ueberschrift dieser meiner Mittheilung in der vorangeführten Form zu fassen und nicht blos von den Entweichungen und den Entweichungsversuchen Geistesgestörter aus Kranken- und Irrenanstalten zu sprechen, sondern gleichzeitig auch die Fluchtversuche und Entweichungen Geistesgestörter aus ihren Privatverpflegungsorten mit einzubeziehen und zwar aus dem Grunde, um darzulegen, dass Geistesgestörte nicht blos aus Irrenasylen und Krankenanstalten, in denen sie gegen ihren Willen internirt sind, zu entfliehen suchen und wirklich entweichen, sondern dass es und zwar wie die Erfahrung lehrt, noch weitaus häufiger vorkommt, dass geistesgestörte Personen auch aus

Digitized by Google

ihren Privatwohnungen und aus dem Kreise ihrer Familienangehörigen entweichen und zu entweichen versuchen.

Die Fluchtversuche und Entweichungen Geistesgestörter aus ihren Verpflegungsorten sind daher nicht immer dem blossen subjectiven Drange zuzuschreiben, aus jenen Verpflegungsorten sich zu entfernen, in die sie sich gegen ihren Willen versetzt sehen — sondern der Drang zum Entfliehen und Entweichen aus dem Verpflegungsorte ist bei einer nicht geringen Zahl von Fluchtversuche ausführenden Geistesgestörten noch auf andere subjective Vorgänge zurückzuführen, als auf den blossen, unwiderstehlichen Freiheitsdrang des in einem Irrenasyle internirten Geistesgestörten.

Die Constatirung dieser Thatsache erscheint mir wichtig vor allem aus dem Grunde, weil die Würdigung dieses Umstandes den richtigen Standpunkt finden lässt, einerseits bezüglich der psychischen Behandlung der zu Fluchtversuchen geneigten Geistesgestörten, weiterhin aber bezüglich der auf die Hintanhaltung von Fluchtversuchen abzielenden Maassregeln, sei es in technischer, sei es in administrativer Hinsicht, endlich aber in Bezug auf die richtige Beurtheilung des Vorkommens von Fluchtversuchen und Entweichungen Geistesgestörter überhaupt und die diesfalls Seitens des grossen Publikums und Seitens der Behörde den Ueberwachungsorganen Geistesgestörter zugemuthete Verantwortlichkeit.

Man entnimmt hieraus, dass der hier besprochene Gegenstand seine verschiedenen Seiten hat, von denen aus er in Betracht gezogen werden kann und muss, und es scheint mir vor allem wichtig, dass man sich bei Entscheidung der Frage, in wieferne bezüglich des Vorkommens von Fluchtversuchen und Entweichungen die Ueberwachungsorgane eine Verantwortung trifft, die verschiedenen Momente gegenwärtig halten muss, um solche Fragen nicht einseitig und befangen zu beurtheilen.

Und dass solch' einseitige Beurtheilungen noch heute stattfinden, ist eine Erfahrungsthatsache, die jeder erfahrene Irrenarzt nur zu gut weiss, besonders aber der dirigirende Arzt einer Irrenanstalt, dem einerseits von Seiten der Behörde, andererseits von Seiten der Angehörigen der Kranken und Seitens des grossen Publikums in erster Linie die Verantwortung aufgelastet wird be-

Digitized by Google

treff des Vorkommens von Fluchtversuchen Geistesgestörter aus Irrenasylen..

Die Irrenärzte sind sich dieser Verantwortung auch vollkommen klar bewusst nach ihrer ganzen Tragweite, und sie würden bezüglich der ihnen diesfalls zugemutheten Verantwortlichkeit gar keine Einwendung erheben, wenn nicht dieselben Personen und Behörden, die nach der einen Seite das Vorkommen eines Fluchtversuches und der gelungenen Entweichung eines Geistesgestörten so strenge beurtheilen, gleichzeitig in einem Athem an die Irrenärzte in ebenso dringender Weise das Verlangen stellen möchten, den in den Irrenanstalten untergebrachten Pfleglingen den grösstmöglichen Grad von freier Bewegung zu gestatten und bei der Verpflegung und Behandlung von Geistesgestörten so wenig als möglich beengende Einschränkungen eintreten zu lassen. Und die Erfahrung lehrt es, dass der Irrenarzt heute manche Vorwürfe entgegen zu nehmen hat darüber, dass ein Geistesgestörter aus dem Asyle entwich, und morgen hat er sich zu vertheidigen gegen den von der einen oder anderen Seite gemachten Vorwurf, dass er seinen Kranken einen zu geringen Grad von freier Bewegung gestattet.

Wie man es aber anzustellen hat, zwischen dieser Scylla und Charybdis durchzuschiffen — darüber geben einem weder die hohen Behörden, noch das grosse Laienpublikum einen Aufschluss, und sind somit die Irrenärzte noch immer auf sich selbst angewiesen und werden es auch bleiben, bezüglich dieser schwierigen Angelegenheit so weit als möglich das Richtige zu treffen.

Berücksichtigt man noch, wie einerseits an manchen Asylen die Mittel zu zweckmässiger Einrichtung derselben karg zugemessen sind, die Durchführung einer zweckmässigen inneren Organisation und einheitlichen Leitung mitunter erschwert, gehemmt und beeinträchtigt wird, namentlich die an einer Irrenanstalt der Direction naturgemäss unterstehenden Verwaltungsorgane in Selbstüberhebung und missverstandener Auffassung ihrer Aufgaben beim Anstreben einer Selbstständigkeitsstellung dem Director nicht selten active oder passive Opposition machen und hierdurch die einheitliche Leitung und die davon wesentlich abhängigen Sicherheitsverhältnisse in einer Irrenanstalt nothwendig gefährden, dann gehört wahrhaftig ein unerschöpflicher Fond psychiatrischer Geduld dazu, um bei so

Digitized by Google

ganz contradictorischen Begehren und Wünschen nicht endlich den Faden der Geduld reissen zu lassen. Selbstbeherrschung, innere Ruhe und Geduld sind aber die wichtigsten Erfordernisse für denjenigen, der in seinem Beruf mit Geistesgestörten und mit vorurtheilsbefangenen Geistesgesunden zu thun hat, und darum hat man die Pflicht, auch diese Frage mit aller Ruhe und Unbefangenheit zu erörtern. Und somit gehe ich zunächst daran, darzulegen, dass es eine Erfahrungsthatsache ist, dass Fluchtversuche und Entweichungen nicht blos bei Geistesgestörten vorkommen, die in Krankenanstalten und Irrenasylen internirt sind, sondern auch bei Geistesgestörten, die sich ausserhalb solcher Anstalten in Privatverpflegsorten, ja auch bei Geistesgestörten, die sich in der eigenen Familie untergebracht finden. Was zunächst die ausserhalb von Irrenasylen und Krankenanstalten verpflegten, Fluchtversuche und Entweichungen ausführenden Geistesgestörten betrifft, so glaube ich dieselben zunächst nach 2 Unterabtheilungen sondern zu sollen, und zwar solche, die in der Privatpflege in Rücksicht des Bestandes ihrer geistigen Störung und gewisser Aeusserungen ihrer Störung gegen ihren Willen von ihrer Umgebung in ihrem Verpflegsorte eingesperrt und strenge überwacht gehalten werden, und dann diejenigen, die sich mehr oder weniger ungebunden und unbeengt in ihrem Privatverpflegungsorte bewegen.

Bei den Geistesgestörten der vorerwähnten 1. Kategorie nehmen auf die Ausführung von Fluchtversuchen und Entweichungen vorwaltend ganz andere subjective Vorgänge anregenden und bestimmenden Einfluss, als in den Fällen der 2. Kategorie. Bei ersteren ist die subjective Anregung zur Ausführung von Fluchtversuchen vielfach auf dieselben Momente zurückzuführen, wie bei jenen Geistesgestörten, die gegen ihren Willen in Irrenasylen und Krankenanstalten internirt sind.

Das Vorkommen von Fluchtversuchen und Entweichungen bei Geisteskranken, die sich mehr oder weniger unbeaufsichtigt und unbeengt in ihrem privaten Verpflegungsorte bewegen, weist darauf hin, dass es eine Reihe von Fällen geistiger Störung giebt, in denen der subjective Reiz zur Ausführung von

Digitized by Google

Fluchtversuchen und zur Entweichung aus ihrem Verpflegungsorte nicht durch Entziehung der Freiheit und Einengung des unbehinderten Verkehrs mit der Aussenwelt veranlasst ist, sondern durch andere subjective Vorgänge, und in dieser Richtung lehrt die Erfahrung, dass es einerseits bestimmte subjective Vorgänge sind, die in solchen Fällen zur Ausführung von Fluchtversuchen Veranlassung geben, andererseits dass gerade bei gewissen Formen der geistigen Störung das Entweichen aus dem Privatverpflegsorte häufiger zur Beobachtung kommt. Schon im Alterthume war es den mit der Beobachtung und Behandlung von Geistesgestörten sich befassenden Aerzten bekannt, dass bei gewissen Formen der geistigen Störung der Drang zu Fluchtversuchen auch unter den Verhältnissen der freien, privaten Verpflegung der Kranken (denn damals gab es noch keine geschlossenen Irrenanstalten) als ein häufigeres Symptom vortrat. Die Kranken entflohen vom Hause aus verschiedenen subjectiven Gründen, und soweit als man aus den Schriften der alten griechischen Aerzte entnimmt, war es z. B. die von den Alten als Lykanthropie bezeichnete Form der Störung, bei welcher ein häufiges Entweichen der Kranken in die Wälder erfolgte — in die Wälder Arcadiens, da ja diese Form der Störung der Sage nach vorzugsweise bei den Bewohnern Arcadiens aufgetreten sein soll. Soweit man aus den gegebenen Schilderungen vorsichtige Rückschlüsse auf die diese Kranken zu Fluchtversuchen anregenden subjectiven Vorgänge zu machen berechtigt ist, erscheinen es vorwaltend subjective Gefühle der Angst und durch diese angeregte pathologische Angstvorstellungen gewesen zu sein, dann auch der sog. Metamorphosenwahn, Zustände, die theils für sich, theils in Combination mit hallucinatorischen Zuständen den subjectiven Anstoss zu Fluchtversuchen gaben. Die Tendenz zur Ausführung von Fluchtversuchen aus den Privatverpflegsorten wurde im Laufe der Zeit bei einer Reihe von Formen geistiger Störung beobachtet und angegeben, so zunächst bei Verstimmungszuständen nostalgischen Charakters, die die an Heimweh leidenden Kranken zur Ausführung von Entweichungsversuchen aus ihren Verpflegungsorten bestimmten und veranlassten. Noch in der Jetztzeit hat diese psychiatrische Beobachtungsthatsache ihre hohe Bedeutung gerade

Digitized by Google

in forensischer Hinsicht, in einer gewissen Richtung dann noch insbesondere für die Functionäre der Militärbehörden bezüglich der Beurtheilung des Geisteszustandes namentlich bei frisch einberufenen Rekruten in Fällen von Desertion.

Furcht vor Strafe und schlechter Behandlung führt erfahrungsgemäss, namentlich bei Geistesschwachen und bei zu Angstzuständen geneigten Individuen nicht selten zur Ausführung von Fluchtversuchen.

Und „das Schönste sucht er auf den Fluren, womit er seine Liebe schmückt", schrieb der grosse deutsche Dichterfürst in gründlicher Kenntniss der subjectiven Vorgänge des menschlichen Herzens, und diesem subjectiven Drang in die Fluren zu streifen, begegnen wir so häufig auch bei jenen Formen der geistigen Störung, bei deren Entwicklung das Capitel der sog. unglücklichen Liebe eine vorragende ätiologische Rolle gespielt — aber nicht immer, um das Schönste auf den Fluren zu suchen, sondern in gar manchen derartigen Fällen, um inmitten der freien Gottesnatur dem freudlosen Leben ein Ende zu machen. Solche Unglücksmenschen auf ihrem letzten Lebensgange zu verfolgen bezüglich ihrer subjectiven Zustände führt wohl auf ein ernst düsteres — aber gewiss interessantes Gebiet der psychiatrischen Forschung.

Uebrigens ist es überhaupt nicht selten, dass an Lebensüberdruss Leidende, unter Aufsicht gestellte Kranke ihren Aufsichtsorganen entweichen, lediglich aus dem Grund, um den lange gehegten Entschluss, durch Selbstmord zu enden, auszuführen. Und darum haben sie ein ganz besonderes Interesse in psychiatrischer Hinsicht, die Entweichungen der Lebensmüdegewordenen — fort ziehen sie von ihrem trauten — oder von ihrem unglücklichen Heim, trotzdem sie an dasselbe nicht durch das stramme Regime und die Hausordnung eines Irrenasyles gebunden.

Und welcher, den Menschen in seinen subjectiven Zuständen genau durchforschende Irrenarzt kennt nicht die subjectiven Regungen, die als ein, nicht so selten mit der Pubertätsentwicklung zusammenfallender, subjectiver Drang auftreten in dem jugendlichen Gemüth und angeregt durch den Zunder der pathologisch aufgeregten Phantasie die Wanderlust erregen in jenen den Kinderschuhen kaum entwachsenen Jungen, die dann den Zugvögeln gleich ihre extravaganten Robinsonaden unternehmen. Mit diesen

Digitized by Google

ist sie aber noch nicht abgeschlossen, die Gruppe derjenigen, die unbeengt in freier Verpflegung Haus und Hof und Familie verlassen und alles, was daran hängt, und ziellos und rastlos und regellos die Welt durchwandern von einem Ort zum andern, getrieben von einem inneren Dämon, — so sagt es die Welt — die Irrenärzte, wenn sie den psychischen Zustand solcher Menschen psychiatrisch zergliedern — sie constatiren in der Regel Verfolgungswahn und diese Menschen peinlich quälende Hallucinationen — Hallucinationen des Gesichtes, Hallucinationen des Gehörs, Stimmenhörung, nebstdem noch vielfach illusorische Sinnesperceptionen, die mannichfachsten Sensationen im Vorbereitungsbereiche der Nerven der verschiedenen Körperorgane, illusorisch aufgefasst und gedeutet von den Kranken als böswillige Machination und feindselige Verwerthung der Erfindungen des menschlichen Geistes seitens vermeintlicher Gegner und Feinde, um ihnen in raffinirter Bosheit den kleinsten Fleck selbst fremder Erde unerträglich zu machen. — Sie können ihn, wenn sie ihn auch einmal gelernt haben sollten in der lateinischen Grammatik, sie können ihn nicht mehr fassen den Satz: Terram, non animam mutant, qui trans mare natant.

Es befinden sich in der hiesigen Anstalt mehrere von solchen Kranken, ich erwähne von ihnen nur zwei, der eine ein Schneider, der andere ein Rechtsgelehrter, welche unter dem Einfluss von Verfolgungswahn, aufgebaut auf Gehörshallucinationen und Gesichts-Illusionen, combinirt mit mannigfachen abnormen Sensationen, ihr günstig beschaffenes Heim verliessen und nach fernen Welttheilen zogen, um den Qualen ihrer hallucinatorischen Wahrnehmungen zu entgehen — oder wie sie meinten, den schamlos aus verstecktem Hinterhalte sie beschimpfenden, unsichtbaren Gegnern, — im Geheimen trafen sie ihre Reisevorbereitungen — ohne Abschied verliessen sie die Heimath und die Ihrigen — Niemanden verriethen sie die Reiseabsicht und ihr Reiseziel — nach langer, ruheloser Wanderung gaben Conflicte, ausgeführt in Folge ihrer Hallucinationen Anlass zu ihrer Internirung in eine Irrenanstalt, bei dem einen nach seiner Rückkehr in die Heimath, bei dem zweiten, ferne in einem fremden Lande, von woher man nach zweijähriger Abwesenheit und unbekanntem Aufenthalt des Kranken den Vater desselben telegraphisch verständigte von der Internirung seines Sohnes

Digitized by Google

in einem Irrenasyle. Und solchen Ahasveren begegnet man nicht selten in den Irrenanstalten, welches Asyl dann in der Regel für diese Passagiere, bei der leider meist unheilbaren Form ihrer Störung die Schlussstation abgiebt auf der Wanderfahrt ihres qualvollen, ruhelosen Lebens.

Nicht für diese Unglücklichen hat der geniale Schubert sein Wanderlied geschrieben: das Wandern ist des Müllers Lust, das Wandern, das Wandern! Ja das Wandern — wir treffen es bei einer andern Gruppe von psychisch Erkrankten — nicht bei den im Gemüthe Zerfahrenen, nicht bei den in Folge von Hallucinationen und Verfolgungswahn und Angstzuständen rastlos fliehenden, ruhelos wandernden, vermeintlichen Feinden entrinnen wollenden, von Angstgefühlen dahingepeitschten Kranken — die im pathologisch gesteigerten Glückseligkeitsgefühle wandern, bei gar manchem aufgeregten, maniacalischen Kranken, bei denen das krankhaft gesteigerte Selbstgefühl, das krankhafte Gefühl potenzirter körperlicher und geistiger Kraft die Wanderlust durch alle Nerven treibt. — Wir Irrenärzte führen diese Wanderlust bei solchen Kranken in der Regel zurück auf krankhaft gesteigerten Bewegungsdrang, bei gar manchem gepaart mit sinnlos verschwenderischem Gebahren.

Sie ziehen hinaus in die weite Welt, unbekümmert um die Heimath, unbekümmert um das Geld, eine Kette sinnlosen, aufgeregten Treibens verräth ihren krankhaften, maniacalischen Zustand; auf irgend einer Station fasst sie dann ein Conducteur einer Bahn oder ein Polizist oder ein Gensdarm und bringt sie als wanderlustige Excedenten, die aus der Heimath entwichen, auf die Beobachtungsstation eines Hospitals oder in ein Irrenasyl.

Gar mancher von ihnen singt dann wohl auch dort in diesen Räumen Schubert's oder ein anderes Wanderlied, aber nicht in den melodischen Tönen, die uns nach Schubert's Intentionen die Brust erweitern und das Herz erfreuen soll. —

Das Entweichen vom Hause und sinnloses Herumwandern trifft sich nicht so selten auch bei Geistesgestörten im Erregungsstadium der in Folge progressiver Gehirnerkrankung bedingten geistigen Störung; — sinnlos wandern sie herum, ohne Zweck, ohne Ziel und in ihrer Verworrenheit und bei der Abschwächung ihrer Perceptions- und Erinnerungsfähigkeit finden solche Kranke so häufig

Digitized by Google

nicht mehr den Rückweg nach ihrem Unterkunftsort, so mancher von diesen Kranken verunglückt durch Fallen und Stürzen, und gar mancher von ihnen ist im Winter auf seinen Wanderungen im Schnee beinahe oder wirklich erfroren.

Ein eigenthümlicher Drang zum Entweichen macht sich bei einzelnen epileptischen Kranken bemerkbar, bei denen sich kürzere oder längere Zeit vor dem Eintreten eines epileptischen Anfalls das auftretende subjective Gefühl innerer Unruhe durch triebartiges Fortlaufen vom Hause entäussert.

Auch bei psychisch abgeschwächten Kranken begegnen wir mitunter dem Drange zum Entlaufen aus verschiedenen subjectiven Anregungen, deren Befriedigung solche Individuen mitunter in mehr oder weniger raffinirter Weise durch Entweichen vom Hause anzustreben versuchen. — Der Hang zum Trinken, der Drang zur Verübung sexueller Excesse, die Tendenz fremde Gegenstände zu entwenden, die Angewöhnung des Bettelns und Vagabundirens u. s. w. lassen sich bei solchen Individuen nicht selten als der subjective Anreiz zur Ausführung von Fluchtversuchen und Entweichungen vom Hause constatiren.

Auf analoge subjective Vorgänge ist das Ausführen von Fluchtversuchen und Entweichungen zurückzuführen bei hysterischen Geistesgestörten, bei erotisch aufgeregten, bei nymphomanischen und bei jenen psychisch Gestörten, deren Störung sich als sog. Moral insanity darstellt, wenn auch bei diesen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle der Umstand zunächst zum Entweichen vom Hause die Veranlassung giebt, dass sich diese Kranken in ihrem Verpflegsorte einer ihnen unangenehmen Beengung und Ueberwachung ausgesetzt sehen und fühlen.

Es charakterisirt den Stand der gesellschaftlichen und staatlichen Zustände mancher Länder, dass geistesschwache und hochgradig blödsinnige Individuen, Idioten und Cretins vagabondirend aufgegriffen werden, die bezüglich der Identität ihrer Person keine Auskunft geben können, und dass sich mitunter Anhaltspunkte ergeben, dass solche der öffentlichen Fürsorge und Mildthätigkeit unbequem zur Last fallenden Individuen bei ihrer Geneigtheit zum Herumvagiren dahin begünstigt werden, um wo möglich zu entweichen und so in ein anderes Verwaltungsgebiet zu gelangen, um dort als ausweislose Vagabunden mit nicht leicht constatirbarer

Digitized by Google

Heimathszuständigkeit nach den Bestimmungen der Heimathsgesetze dortorts weitere Verpflegung zu finden.

Es liegt wohl in der Natur der Verhältnisse, dass unter dem Einfluss der verschiedensten, erschöpfbar gar nicht aufzählbaren sog. fixirten Wahnvorstellungen von an Verrücktheit leidenden Kranken manche Fluchtversuche und Entweichungen ausgeführt werden.

Es kommen nun jene Fälle in Betracht, in denen Fluchtversuche ausgeführt werden von in Privatpflege befindlichen Geistesgestörten, die in ihrem Unterkunftsorte besonders überwacht und beaufsichtigt werden, und die sich hierdurch in ihrer freien Bewegung mehr oder weniger eingeschränkt und beengt finden.

Es giebt ja eine relativ ziemlich grosse Zahl von Geistesgestörten, die ausserhalb einer Anstalt in Privatpflege befindlich, wegen ihrer aufhebenden Geistesstörung mehr oder weniger unter strenger Aufsicht gehalten werden, bei denen dann die Tendenz vortritt, sich dieser Aufsicht durch die Ausführung von Fluchtversuchen zu entziehen.

In dieser Beziehung weise ich insbesondere hin auf die gemüthskranken und geistesgestörten Mitglieder religiöser Körperschaften, namentlich von Frauenklöstern mit strenger Clausur und strenger Obedienz, in denen manch' jugendliches Wesen im aussichts- und fruchtlosen Kampfe mit den menschlichen Gefühlen dem Dunkel der geistigen Nacht verfällt, wenn es zur Kenntniss gelangte, dass man auch in diesen Hallen vergebens ankämpft gegen das Vortreten natürlicher Herzensgefühle, nach dem abgelegten Gelübde für viele — zu spät.

Für diese unglücklichen Geschöpfe gilt Wachenhusen's Wort: „Es giebt noch einen anderen Tod, als den, welchen wir sterben, ein Leben ohne Inhalt, ohne Werth, ohne seelischen Zusammenhang mit der Aussenwelt, ein nervöses, schmerzendes Fortdauern, ohne Interesse, eine Folter, ein Leben, wie lebendig begraben."

Es ist nicht blos der Schilderung in Romanen — nein, es ist dem wirklichen Leben entnommen, dass auch solch' unglückliche Geschöpfe gelungene und misslungene Fluchtversuche vollführen, um den seelischen Qualen ihres Daseins zu entrinnen.

Digitized by Google

Das Kapitel der Fluchtversuche und Entweichungen der in Klöstern internirten gemüths- und geistesgestörten Mitglieder solcher Corporationen bildet einen höchst interessanten Abschnitt in der Geschichte der leidenden Menschheit.

Auch die Kranken der vorerwähnten 2. Gruppe kann man in zwei Unterabtheilungen sondern, nämlich in die Gruppe derjenigen, die bisher noch nicht in einer Kranken- und Irrenanstalt in Verpflegung und Verwahrung standen, und dann in die Gruppe jener, die bereits einmal oder öfter in einem Irrenasyle internirt gewesen sind.

Vom practischen Standpunkte erscheint es mir nicht unwichtig, diese Sonderung festzuhalten aus dem Grunde, weil es für die psychische Behandlung eines in Privatpflege befindlichen Geistesgestörten nicht gleichgiltig ist, ob er bereits früher in einer Irrenanstalt in Pflege stand oder nicht.

Die Vorurtheile, die man noch heute bezüglich der Unterbringung, Verpflegung und Behandlung der Geistesgestörten in Irrenanstalten bei minder gebildeten, wie auch bei gebildeten Personen verbreitet findet, werden von manchen Personen, die Geistesgestörte in Verpflegung haben, dazu benützt, um die betreffenden Kranken durch die in Aussichtstellung der Uebersetzung in eine Irrenanstalt einzuschüchtern im Falle, als sich dieselben den von den Pflegern angeordneten Maassregeln nicht fügen, und es wird gar nicht so selten die Irrenanstalt als Schreckbild benutzt, um minder fügsame Kranke zu intimidiren.

Leider führen aber solche Behandlungsmethoden in der Mehrzahl der Fälle nicht zum Ziele, sondern über kurz oder lang dahin, dass es mit dem Kranken in der Privatpflege nicht mehr geht, und der Kranke in eine Irrenanstalt übersetzt werden muss.

Je unzweckmässiger und unvernünftiger ein Geistesgestörter in der Privatpflege gehalten wurde, desto schrecklichere Vorstellungen muss sich selbstverständlich ein solcher Kranker von der Einrichtung einer Irrenanstalt und von der Behandlung in einer solchen machen, wenn schon die Leute, die ihn zu Hause so arg behandelten und ihn unter Androhung der Schrecknisse der Irrenanstaltsbehandlung einzuschüchtern versuchten, ihn nun selbst dahin geben. Um dieser Eventualität zu entgehen, machen gar manche Geistesgestörte Fluchtversuche, Selbstmordversuche oder

Digitized by Google

vollführen wirklich einen Selbstmord aus hochgradiger Angst vor der Irrenanstalt. Bei manchen Geistesgestörten ist es die unzweckmässige Behandlung Seitens ihrer Umgebung, welche die Kranken zur Entweichung veranlasst, um sich aus einer unangenehmen Situation zu befreien, in manchen Fällen giebt dazu Anlass die Furcht vor unentsprechender Behandlung von Seiten der Pflegepartei.

Die Beaufsichtigung und Ueberwachung eines Geistesgestörten in der Privatpflege ist in vielen Fällen mit Rücksicht auf die beschränkten äussern Verhältnisse, Wohnungsbeschaffenheit, Vermögensverhältnisse etc. für den Kranken viel beengender und belästigender als in einer Irrenanstalt, und werden durch die strenge Ueberwachung in der Familie manche Geisteskranke weit mehr irritirt, als durch die Ueberwachung in einem Irrenasyl. Mangel an Verständniss im Umgang und Verkehr mit Geistesgestörten trägt bei manchen, materiell selbst gut gehaltenen Kranken dazu bei, sich durch einen Fluchtversuch dem immerwährenden Zureden und Vorreden, übertriebener Aufmerksamkeit und Zärtlichkeit zu entziehen. Würde man den Kranken so wenig als möglich durch Zureden belästigen, ihn durch ewiges Widersprechen, Vorbringen von Ermahnungen nicht irritiren, würden manche von diesen Kranken in der Familienpflege ganz ruhig verbleiben. Auch bei dieser Gruppe von Geistesgestörten liegen den Fluchtversuchen verschiedene Motive zu Grunde, namentlich das Bestreben, gewissen, früher geübten Gewohnheiten zu fröhnen, und weise ich in dieser Hinsicht insbesondere hin auf die Fluchtversuche der Morphinisten, Alcoholisten, erotisch aufgeregten, nymphomanischen Individuen etc.

Bei Geistesgestörten, die bereits einmal in einer Irrenanstalt internirt gewesen sind, und die mit Rücksicht auf das ihnen mangelnde Krankheitsgefühl und Krankheitsbewusstsein den Akt ihrer Internirung für einen ungerechtfertigten hielten, kommt es mitunter vor, dass dieselben aus Furcht vor der Wiedereinlieferung in eine Anstalt aus ihren Verpflegungsorten entweichen, wenn sie ihre Wiedereinbringung in die Anstalt besorgen — wohl vorwaltend aus dem Grund, weil sie sich dortselbst in der Entäusserung ihrer perversen Neigungen mehr oder weniger behindert fühlten. Würde nicht diese Beengung in Aussicht stehen,

Digitized by Google

würde gar mancher von den aus der Irrenanstalt ungeheilt Entlassenen ohne Widerstreben wieder in die Anstalt zurückkommen, und es ist nicht überflüssig hier hervorzuheben, dass nicht blos genesene Geistesgestörte der Anstalt eine dankbare Erinnerung bewahren, sondern auch manche ungeheilt Entlassene, und gar nicht so selten kommt es vor, dass ungeheilt entlassene Geistesgestörte, die sich in der Privatpflege unbehaglich und beengt fühlen, aus ihrem Verpflegungsorte entweichen und in die Irrenanstalt kommen, um ihre Wiederaufnahme nachzusuchen. In gar manchen Fällen musste ich solchen Kranken nach ihrer Entweichung von Hause und ihrem Eintreffen in der Anstalt alle möglichen Vorstellungen machen, um sie zur Rückkehr in ihren Verpflegungsort zu bestimmen. Es ist daher ganz unbegründet zu glauben, dass die einmal in einer Irrenanstalt in Pflege und Behandlung gestandenen Geistesgestörten eine unüberwindliche Abneigung, Scheu und Furcht vor der Irrenanstalt haben, im Gegentheile, gar manche Kranke kamen mir vor, die ihren Angehörigen bedeuteten, sie zögen es vor, in die Anstalt zurückzukehren, und dies durch Ausführung von Fluchtversuchen zu realisiren versuchten.

Dass ein aus einer Irrenanstalt ungeheilt entlassener, zu Fluchtversuchen geneigter Geisterkranker unter sonst gleichen Umständen in der Privatpflege viel schwieriger zu überwachen ist, als ein Kranker, der noch nie in einer Anstalt internirt war, ist dadurch begründet, dass internirt gewesene Kranke in Folge des ihnen mangelnden Krankheitsbewusstseins den Anstaltsaufenthalt in der Regel als einen unfreiwilligen, ihnen zwangsweise auferlegten auffassen, und dass solche Kranke vom ersten Moment des Anstaltsaufenthaltes an den Gedanken verfolgen, wie sie es denn anstellen könnten, um aus der Anstalt zu entfliehen.

Manche Geisteskranke führen Fluchtversuche aus, um in die Monotonie ihres äusseren Lebens einige Abwechslung zu bringen. Das ewige Einerlei in ihrem Lebenslaufe wird ihnen unerträglich und solchen Kranken gewährt es eine gewisse Befriedigung, der Abwechslung halber, einen, wenn auch gleich missglückten Fluchtversuch auszuführen.

Bei manchen, namentlich hysterischen und an Moral insanity leidenden Kranken kommt es vor, dass sie, um ihre Umgebung

Digitized by Google

zu allarmiren, Scheinfluchtversuche ausführen; es ist ihnen mit der Ausführung ihres Fluchtversuches gar nicht Ernst; es ist ihnen nur darum zu thun, die Personen ihrer Umgebung in Unruhe, Angst und Aufregung zu versetzen, und je mehr man sich ängstigt, desto grössere Befriedigung gewährt dies solchen Kranken.

Die Art und Weise, wie die in Privatpflege untergebrachten Kranken ihre Fluchtversuche zur Ausführung bringen, ist selbstverständlich sehr verschieden, und nimmt hierauf Einfluss einerseits die Individualität der Kranken und der Personen ihrer Umgebung, dann aber hängt dies auch ab von den äusseren Verhältnissen, unter denen solche Kranke verpflegt, beaufsichtiget und behandelt werden.

Nicht selten kommt es vor, dass die Kranken in der Privatpflege durch einige Zeit ganz sorgsam überwacht werden, so dass es ihnen wirklich schwer ist, einen Fluchtversuch auszuführen. — Manche Kranke suchen nun in solchem Falle ihre Aufsichtsorgane dadurch zu täuschen, dass sie sich durch kürzere oder längere Zeit ganz ruhig und unauffällig verhalten, um hierdurch die verschärfte Wachsamkeit der Aufsichtsorgane von ihrer Person abzulenken und dann eher eine Gelegenheit zur Ausführung eines Fluchtversuches zu finden.

Ich komme nun zur Erörterung der Fluchtversuche und Entweichungen jener Geistesgestörten, die in Krankenanstalten und Irrenasylen internirt gehalten werden.

Es liegt in der Natur der Verhältnisse, dass Seitens der in Irrenanstalten internirt gehaltenen Geistesgestörten Fluchtversuche und Entweichungen nicht so selten zur Ausführung kommen, zunächst schon deshalb, da sich in Irrenasylen eine mehr oder minder grosse Zahl von Kranken concentrirt findet, bei denen die bestehende psychische Störung die Geneigtheit zur Ausführung von Fluchtversuchen anregt, andererseits die in einer Irrenanstalt zur Durchführung gebrachte Hausordnung, Behandlung und Disciplin das Vortreten von Geneigtheit zu Fluchtversuchen wachruft, zumal bei vielen Geistesgestörten der gänzliche Mangel von Krankheitsgefühl die Anschauung widerrechtlicher Internirung zur Entwicklung bringt und die Kranken veranlasst, nach fruchtlos angestrebter

Digitized by Google

Entlastung sich auf eigene Faust aus den ihnen mehr oder weniger unerträglich gewordenen Verhältnissen zu befreien.

Die Zahl der gelungenen und misslungenen Entweichungen variirt selbstverständlich in den verschiedenen Anstalten und hängt dies zunächst von der Lage, Umgebung und baulichen Anlage einer Irrenanstalt ab. Je mehr sich die bauliche Anlage und innere Einrichtung einer Irrenanstalt den Verhältnissen eines Gefängnisses nähert, desto geringer wird sich im Allgemeinen die Zahl der wirklich gelungenen Entweichungen darstellen; dagegen wird sich in solchen Anstalten bei sonst analogen Verhältnissen gewiss die Zahl der misslungenen Fluchtversuche und die Zahl der anderweitigen, die Fluchtversuche ersetzenden, abnormen Verhaltungsäusserungen der Pfleglinge als eine höhere darstellen, namentlich die Ziffer der Selbstschädigungsversuche, der Gewaltthätigkeitsakte gegen Mitkranke und Anstaltsbedienstete, und wird bei geringerer Ziffer der gelungenen Fluchtversuche ganz gewiss die Zahl der in Isolirung gehaltenen Pfleglinge zunehmen. Die geringere Zahl der Entweichungen in Irrenanstalten mit mehr oder weniger strenger Clausur wird in solchen Anstalten theilweise erzielt durch Einengung der Beschäftigung der Pfleglinge unter freieren Verhältnissen. Soweit zur Vergleichung verwerthbare Daten vorliegen, ergiebt sich übrigens, dass die Zahl der Entweichungen in Anstalten, in denen eine freiere Behandlung geübt wird, nicht grösser ist, als die Zahl der Entweichungsfälle in Anstalten mit strammerer Disciplin und strengerer Einschliessung, und die Verhältnisse ergeben sich entschieden günstiger für die Anstalten mit freierer Behandlung, wenn man die Percentziffern jener abnormen Verhaltungsäusserungen der Pfleglinge in Betracht zieht, die man als naturgemässe Consequenz einer strammeren, die Ausführung von Entweichungen erschwerenden Hausordnung und Anstaltseinrichtung auffassen muss. In den sog. officiellen Ausweisen der verschiedenen Anstalten werden wohl vielfach nur die wirklich gelungenen Entweichungen ausgewiesen, dagegen die sog. misslungenen Fluchtversuche nur ausnahmsweise publicirt und doch bieten gerade auch die misslungenen Entweichungsversuche einen wichtigen Anhaltspunkt für die Beurtheilung der in einer

Digitized by Google

Irrenanstalt bestehenden Einrichtungen und Behandlungsverhältnisse.

Das Vorkommen von Entweichungen von Pfleglingen aus einer Irrenanstalt an sich spricht noch nicht zu Ungunsten der in einer solchen Anstalt bestehenden Einrichtungen, sowie andererseits das Nichtvorkommen von Entweichungen an sich noch viel weniger als Belag einer zweckmässigen Einrichtung einer Irrenanstalt anzunehmen ist. Selbstverständlich ist das häufigere Vorkommen von Fluchtversuchen an sich auch noch durchaus kein Beleg dafür, dass in einem solchen Asyle wirklich eine rationelle freiere Behandlung der Kranken geübt wird.

Es kommt bei der Beurtheilung aller dieser Verhältnisse zunächst an auf die Individualität des Pfleglings, dessen Krankheitsformen, den bisherigen Krankheitsverlauf, auf das bisherige Verhalten des Kranken in der Anstalt, auf die Motive der Entweichung bei dem einzelnen Pflegling; dann aber auf die Verhältnisse, unter denen die Entweichung zur Ausführung gebracht worden ist.

Was zunächst die Individualität der Kranken anbelangt, so führten nach meinen Erfahrungen sowohl männliche, wie weibliche Geistesgestörte misslungene, wie gelungene Entweichungen aus. Doch entfällt die weitaus grössere Zahl sowohl von gelungenen, wie von misslungenen Entweichungen auf die männlichen Kranken.

Die geringere Zahl der Entweichungen und Fluchtversuche bei den weiblichen Pfleglingen ist zum Theil in dem Umstand gelegen, dass die weiblichen Personen im Allgemeinen nicht jene Behendigkeit und jene practischen Kenntnisse besitzen, welche das Gelingen eines Fluchtversuches, namentlich unter schwierigen Verhältnissen erhoffen lassen, und dass hierdurch manchen weiblichen Geistesgestörten, die sich thatsächlich mit der Idee der Ausführung eines Fluchtversuches beschäftigen, die Umsicht, der Muth, die Energie und die Sicherheit fehlt, den Fluchtversuch auszuführen. Dafür scheint auch der Umstand zu sprechen, dass, wenigstens in der Wiener Landes-Irrenanstalt, von den weiblichen Pfleglingen vorwaltend Fluchtversuche ausgeführt wurden unter Umständen, deren

Digitized by Google

Ausführung keinen besondern Grad von Muth, Umsicht und Energie erforderte, und dass die überwiegende Mehrzahl der misslungenen Fluchtversuche unter solchen Verhältnissen ausgeführt wurde, dass die Vereitlung derselben gar keine besonderen Schwierigkeiten gemacht hat.

Wenn sich speciell in der Wiener Landes-Irrenanstalt die Ziffer der gelungenen, wie der misslungenen Fluchtversuche bei den männlichen Pfleglingen höher stellte als bei den weiblichen, so ist dies gewiss noch vorwaltend dem Umstand zuzuschreiben, dass die männlichen Pfleglinge in weitaus grösserer Zahl hierselbst unter Verhältnissen beschäftigt werden, welche die Ausführung von Fluchtversuchen begünstigen und eher ermöglichen, als bei den weiblichen. Ganz gewiss trägt auch der Umstand bei, dass schon die Kleidung der weiblichen Pfleglinge die Ausführung von Fluchtversuchen erschwert und hierdurch die Gelegenheitsmomente zu rascher Ausführung von Fluchtversuchen für weibliche Pfleglinge an Zahl weitaus geringer sind, als bei männlichen Kranken; denn in der Mehrzahl der Fälle benutzen auch die Geisteskranken zur Ausführung eines Fluchtversuches einen Moment, in dem sie sich unbeobachtet glauben und wirklich nicht im Auge behalten werden. Je kürzer dieser Zeitraum, desto rascher und energischer muss der Fluchtversuch ausgeführt werden, um zu gelingen.

Pfleglinge, die geübte Turner sind, wissen ihre Gewandtheit als solche bei Ausführung von Fluchtversuchen besonders zu verwerthen.

Weiterhin ist zu beachten, dass, wenn auch der Freiheitsdrang, der Wunsch nach Entlassung bei weiblichen Pfleglingen so ziemlich in gleicher Lebhaftigkeit vortritt, wie bei männlichen Geistesgestörten, doch dieser subjective Drang bei weiblichen Kranken in einer weitaus geringeren Zahl von Fällen zu einem activen Handeln führt, als dies bei männlichen Geistesgestörten der Fall ist. Es liegt in der weiblichen Natur, sich leichter beschwichtigen zu lassen und sich aufs Zuwarten zu verstehen, als bei den männlichen Kranken. Die weiblichen Kranken appelliren bezüglich der Erfüllung des Wunsches nach Entlastung mehr an das Herz und Gemüth des Arztes, sie klagen, weinen, energischere weibliche Naturen begehren auf, entwickeln heftige Scenen, meistentheils aber nur in Worten, Lautäusserungen, ein Sturm im Glas Wasser — nur in

Digitized by Google

selteneren Fällen tritt als Reaction der nicht erlangten Entlassung der Entschluss vor, nun die Ausführung eines Fluchtversuches anzustreben. Bei männlichen Kranken gestalten sich in dieser Beziehung die Verhältnisse in der Regel ganz anders.

In Folge des mangelnden Krankheitsbewusstseins und bei Nichtanerkennung der Gründe, die ihre Internirung in die Anstalt veranlassten, stellen sich solche Kranke meistenstheils auf den Rechtsboden — sprechen von widerrechtlicher Einsperrung und ungesetzlicher Zurückhaltung. Von diesem Standpunkte aus appelliren sie wohl nur seltener an das Herz des Anstaltsarztes, sondern sie fordern mehr oder weniger energisch ihr vermeintliches Recht und je nach Bildung, Stand und Zustand des Kranken werden alle möglichen legalen und illegalen Mittel in Erwägung gezogen und benutzt, um sich aus der unerträglichen Situation zu befreien. Eine Gruppirung der Entwichenen nach ihrem Civilstande erwähne ich aus dem Grunde, weil bei entwichenen verheiratheten und verwittweten Pfleglingen als Motiv ihrer Entweichung häufiger einerseits die Sehnsucht nach den Familienangehörigen, weiterhin die Nothwendigkeit für die Familienangehörigen zu sorgen angeführt wurde, namentlich von jenen Pfleglingen, deren Angehörige wirklich durch die Erkrankung des Internirten in Nothlage geriethen oder die Nothlage sich steigerte und der Bestand des Hauswesens in Gefahr gerieth. In mehreren Fällen wirkte bei verheiratheten Pfleglingen bezüglich der Ausführung von Fluchtversuchen auch die Eifersucht mitbestimmend; der Argwohn, dass der andere Gatte die Internirung des Internirten zu verschiedenen Zwecken missbrauche, speciell auch die Furcht, dass sie durch den andern Gatten in ihrem Vermögen geschädigt würden. Die Mehrzahl der in der Wiener Landes-Irrenanstalt vorgekommenen Fluchtversuche und Entweichungen fällt übrigens auf Pfleglinge ledigen Standes.

Bezüglich des Alters finde ich bei den mir vorgekommenen, entwichenen Pfleglingen alle Altersklassen vertreten, und kamen Fluchtversuche und Entweichungen vor auch bei den im kindlichen, wie im Greisenalter stehenden Pfleglingen, der Natur der Verhältnisse nach wohl am häufigsten bei Pfleglingen in der Altersperiode von 20—50 Jahren, zunächst schon deshalb, da ja aus diesen Altersklassen das grösste Contignent von Pfleglingen der Anstalt zugeführt wird.

Digitized by Google

Nach dem Bildungsgrade wurden Fluchtversuche und Entweichungen von Pfleglingen der verschiedensten Gesellschaftsgruppen ausgeführt, von minder gebildeten wie von gebildeten, und sind letztere relativ in grösserer Zahl vertreten. Der Beschäftigung nach gehörten die männlichen Pfleglinge wohl den verschiedensten Berufsarten an, von den Pfleglingen, die dem Handwerker- und Arbeiterstand angehörten, kamen Fluchtversuche und Entweichungen namentlich öfter vor bei solchen, die beim Schlosserhandwerk, in Metall- und Maschinenwerkstätten und bei Bauführung in Verwendung standen.

Besondere Geneigtheit zur Ausführung von Fluchtversuchen machte sich bemerkbar bei Pfleglingen, die bereits wiederholt polizeilich und strafgerichtlich internirt gewesen sind; diese figurirten auch wiederholt als die Arrangeure von Comploten zur Ausführung von Fluchtversuchen. Insoweit bei den Pfleglingen nicht bereits psychische Abschwächung besteht, steigt mit der Intelligenz und den Bildungsgrad des Pfleglings, naturgemäss im Allgemeinen die Umsicht, mit der Fluchtversuche zur Ausführung kamen; doch kam es auch wiederholt vor, dass geistig schwach veranschlagte Individuen mit Schlauheit und Umsicht ihre Entweichung zur Ausführung brachten.

Der Besitz von Geld und Geldeswerth giebt im Allgemeinen auch Geistesgestörten grössere Zuversicht bei und günstigere Chancen für Ausführung von Fluchtversuchen, und wurde bei manchen Pfleglingen der Fluchtversuch erst dann ausgeführt, nachdem er in den Besitz von Geld oder Geldeswerth gelangt war.

In Bezug auf die Form der geistigen Störung finde ich unter den mir vorgekommenen Fällen wohl fast alle Formen vertreten, bei denen die Bewegungsfähigkeit nicht im hohen Grade beeinträchtigt oder aufgehoben ist; am vorragendsten bei Fällen sog. Moral insanity, dann bei Fällen von Geistesstörung in Folge von chronischem Alcoholismus, weiterhin bei Fällen von Verrücktheit mit Verfolgungswahn. Uebrigens kamen auch Fluchtversuche und Entweichungen vor bei melancholischen, bei maniakalischen und psychisch abgeschwächten Kranken. Die misslungenen Fluchtversuche finden sich ziemlich häufig vertreten bei Fällen von Geistesstörung in Folge progressiven Gehirnleidens, und so lange die Bewegungsfähigkeit der Kranken nicht besonders gehemmt war.

Digitized by Google

Die zu Fluchtversuchen geneigten melancholischen Kranken zeigten im Allgemeinen eine besondere Beharrlichkeit und Umsicht bei Ausführung ihrer Fluchtversuche, insoweit nicht hochgradige Angstzustände die Ueberlegungsfähigkeit hemmten.

Gewaltthätiger Durchbruchsversuch mit gewaltsamer Zerstörung der Hemmnisse und gewaltthätiger Zuwehrsetzung bei Verhinderung kam wohl meist nur bei maniakalischen, bei alkoholischen, bei tobsüchtig aufgeregten Paralytikern und bei hallucinirenden Geisteskranken vor.

Pfleglinge, welche bereits wiederholt in einer Anstalt internirt waren, die bereits die Hausordnung, sowie die Detaileinrichtungen und das Leben in der Anstalt kennen, bedürfen, insofern sie Neigung zu Fluchtversuchen zeigen, einer ganz besonderen Beachtung. Solche Kranke veranlassen auch andere Pfleglinge nicht selten zur Ausführung von Fluchtversuchen, indem sie die Neulinge und andere Kranke auf die Modalitäten aufmerksam machen, unter welchen sich am leichtesten ein Fluchtversuch ausführen lässt. Es bildeten sich auch förmliche Complote durch Verabredung, um Fluchtversuche auszuführen, und sind es in dieser Beziehung insbesondere die Alkoholischen, die an Moral insanity leidenden Excedenten und die sog. criminellen Irren, die solche Unternehmungen anregen und einleiten.

Bezüglich der Verhältnisse, unter denen die Kranken ihre Fluchtversuche ausführen, hat man zu berücksichtigen, dass von zu Fluchtversuchen geneigten Pfleglingen selbstverständlich jede zur Ausführung der Flucht geeignete Gelegenheit benützt wird; die baulichen und die Organisationsverhältnisse einer Anstalt, sowie das in der Anstalt herrschende Behandlungssystem, dann die Haus- und Tagesordnung der Anstalt bringen es aber mit sich, dass jede Anstalt bezüglich der Ausführung von Fluchtversuchen und Entweichungen ihre Eigenthümlichkeiten hat, und sich in jeder Anstalt Fluchtversuche unter analogen Verhältnissen wiederholen. Sowie jede Festung ihre schwachen Punkte besitzt, so hat auch jede Irrenanstalt ihre sog. schwachen Seiten, die von den Pfleglingen mit besonderer Vorliebe zur Ausführung von Entweichungen benutzt werden, — dann sind es wieder gewisse Zeit- und Gelegenheitsmomente, die Kranke mit Vorliebe ausnützen, um zu entweichen.

Digitized by Google

Aus diesem Grunde ist es für jeden Anstaltsangestellten, speciell für die Anstaltsärzte und für das Krankenpflegepersonal, wie auch für die Anstaltsbeamten und vor Allem für den Anstaltsdirector wichtig, die in den Anstaltsverhältnissen gelegenen Momente, die die Ausführung von Fluchtversuchen ermöglichen, begünstigen und erleichtern, soweit als möglich zu kennen, insoweit es möglich ist, dieselben abzustellen und die Ausführung von Entweichungen erschwerende Vorkehrungen zu treffen, selbstverständlich in solcher Art, dass solche Verfügungen nicht, wie man sagt, an die grosse Glocke gehängt und von Seiten der Anstaltsangestellten zum Gegenstande eines sog. Haustratsches gemacht werden — eine Gepflogenheit, die man leider in manchen Anstalten nur zu sehr entwickelt findet. Auch den vorgesetzten Behörden der Irrenanstalten ist dringend ans Herz zu legen, nicht solche Verfügungen zu treffen, welche die einheitliche Leitung der Anstalt erschweren, hemmen oder unmöglich machen, und hierdurch die Ausführung von Fluchtversuchen, Entweichungen oder sonstiger Unglücksfälle begünstigen, erleichtern oder geradezu herbeiführen — da dann nach den Bestimmungen des Strafgesetzes nicht die Anstaltsfunctionäre, sondern die betreffenden Behörden die Verantwortung tragen. —

Die Fluchtversuche und Entweichungen von Anstaltspfleglingen lassen sich in Rücksicht des Ortes, von wo aus sie unternommen werden, in nachstehende Gruppen untertheilen:

A. Fluchtversuche und Entweichungen, unternommen von dem Anstaltsgebiete aus, und zwar:

1) aus den für die Administration und für die Anstaltsangestellten bestimmten Räumen;

2) aus den eigentlichen Krankenabtheilungen;

3) aus den für die Beschäftigung der Pfleglinge bestimmten Localitäten; aus den sog. Cottage- und Colonialgebäuden;

4) aus den Wirthschaftsräumen und Nebengebäuden;

5) aus den umfriedeten, speciell für Pfleglinge bestimmten Anstaltsgärten;

6) aus den Gärten für Anstaltsangestellte und aus dem freier gelegenen Anstalts-Areale.

Digitized by Google

B. Fluchtversuche und Entweichungen, ausgeführt bei Ausgängen der Pfleglinge ausserhalb des Anstaltsgebietes:

1) bei Spaziergängen;

2) bei Besuchen öffentlicher Localitäten;

3) bei Besuchen in den Wohnungen von Angehörigen, Verwandten, bekannten oder unbekannten Personen.

Mit Rücksicht auf die Zeit, zu welcher Entweichungen und Fluchtversuche ausgeführt werden, hat man die Jahreszeit, die Tageszeit, gewisse Tagesstunden und die für einzelne Kranke speciell bedeutungsvollen Tage, die sog. Gedenk- und Erinnerungstage und die Dauer des Aufenthaltes des Kranken in der Anstalt besonders zu beachten.

Mit Rücksicht auf die bezüglich des Ortes und der Zeit vorangeführten Verhältnisse ergaben sich selbstverständlich mannigfache Modificationen der ausgeführten Entweichungen und Fluchtversuche, und ist es für die mit der Ueberwachung von Geistesgestörten betrauten Personen nicht unwichtig, die diesbezüglichen, speciellen Verhältnisse zu berücksichtigen.

ad A. Entweichungen und Fluchtversuche, unternommen vom Anstaltsgebiete selbst. Es ist selbstverständlich, dass in einer Irrenanstalt durch die Lage, bauliche Anlage, Einrichtung und Verwahrung der Anstaltsgebäude, sowie durch die Verwahrung des Anstaltsgebietes die Ausführung von Fluchtversuchen begünstiget oder erschwert werden kann. Soviel lässt sich aber aussprechen, dass es kaum eine Irrenanstalt geben dürfte, aus der nicht schon Pfleglinge entwichen sind. Es scheint mir wichtig, diese Erfahrungsthatsache besonders hervorzuheben, um darzulegen, wie unrichtig die Annahme derjenigen sei, welche glauben, dass die Irrenanstalten der Jetztzeit so eingerichtet sind, dass es für einen geistesgestörten Pflegling absolut unmöglich sei, aus einer solchen Anstalt zu entweichen.

Dieser Punkt ist von einer cardinalen, principiellen Bedeutung; denn es dreht sich hier um die Frage: ob die Irrenanstalt die Bedeutung einer Heil- und Humanitätsanstalt oder aber die Bedeutung einer Detentionsanstalt besitzt.

Es ist wohl klar, dass bezüglich der Wahl des Bauplatzes, be-

Digitized by Google

züglich der baulichen Anlage, Einrichtung und inneren Organisation einer Irrenanstalt ganz anderen Verhältnissen Rechnung getragen werden muss, je nachdem eine Irrenanstalt vorwaltend die Aufgabe einer Heil- und Humanitätsanstalt oder aber jene einer blossen Detentions-Anstalt zu lösen hat.

Eine Irrenanstalt, welche in Bezug auf die Unterbringung von Geistesgestörten die Sicherheit einer Gefängnissanstalt bieten soll, kann nicht nach gleichen Principien erbaut und eingerichtet, administrirt und geleitet werden, wie eine Anstalt, in der die Pfleglinge nach dem freieren Behandlungssysteme verpflegt und behandelt werden sollen. Und doch geschieht es heute noch, dass man nach der einen Seite von den Irrenanstalten voraussetzt, dass in denselben die Krankenpflege und Krankenbehandlung nach den Principien der freien Behandlung geübt, gleichzeitig aber eine so strenge Verwahrung der Kranken durchgeführt werde, dass die Entweichung eines Kranken nicht Platz greifen kann.

Bis zu einem gewissen Grad stehen sich beide vorgenannten Forderungen diametral entgegen, und ist für die Irrenärzte die Lösung ihrer bezughabenden Aufgaben um so schwieriger, in je beschränkterem Maasse die materiellen Mittel zur Lösung dieser Aufgaben zur Verfügung gestellt werden.

Die Irrenärzte sind sich im Hinblick auf die Gefährlichkeit mancher Geistesgestörter vollkommen darüber klar, dass es eine nothwendige ärztlich administrative Aufgabe bleibt, gefährliche Geistesgestörte in Irrenanstalten so unterzubringen und zu überwachen, dass selbe soweit als möglich verhindert werden, durch die Ausführung von Fluchtversuchen sich und anderen Personen Gefahr und Schaden zu bringen. Andererseits lehrt aber die irrenärztliche Erfahrung, dass in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Vorwalten des Charakters einer Detentionsanstalt die Wiedergenesung und Besserung des Zustandes erschwert und dass selbst in Irrenanstalten mit ausgeprägtem Gefängnisscharakter Geisteskranke entwichen. Kamen doch selbst in dem früher als Irrenanstalt benutzten sog. Irrenthurme wiederholt Entweichungen vor, und darf dies um so weniger überraschen, da ja die Erfahrung lehrt, dass auch aus Gefängnissanstalten, welche noch sicherer gebaut, verwahrt und streng militärisch bewacht sind, Entweichungen erfolgen.

Digitized by Google

Bei dem heutigen Stande der Sachlage lässt sich daher, um den vorerwähnten Anforderungen möglichst gerecht zu werden, nichts anderes anstreben, als jene besonders gefährlichen Geisteskranken, deren Unterbringung in einer für die Durchführung einer freieren Behandlung bestimmten und sonach eingerichteten Irrenanstalt nicht hinreichend gesichert erscheint, in besonderen Anstalten unterzubringen, die die für solche Kranke erforderliche Verwahrung im erhöhten Maasse gewähren. Ob solche Anstalten nach dem Vorbilde von Broadmoor in England oder in anderer Art eingerichtet sein sollen, wäre Gegenstand besonderer Erörterung und liegt diese nicht in dem Rahmen der vorliegenden Arbeit.

ad A. 1. Entweichungen und Fluchtversuche aus den für die Administration und für die Anstaltsangestellten bestimmten Räumen.

Hier erwähne ich zunächst jene Fälle, in denen Kranke, die in die Irrenanstalt eingebracht wurden, unmittelbar an der Anstaltspforte und in der Anstaltsvorhalle denjenigen Personen, die sie in die Anstalt überbrachten, zu entfliehen suchten, oder wirklich entflohen. Es betraf dies vorwaltend Kranke, die man unter unwahren Vorspiegelungen in die Anstalt brachte, und die beim Anlangen an dem Anstaltsgebäude oder beim Aussteigen aus dem Wagen den Charakter der Anstalt erkannten und in diesem Moment die Befangenheit ihrer Begleiter benutzten, diesen zu entlaufen. Wenn auch in der Regel unter diesen Verhältnissen unternommene Fluchtversuche misslingen, so kamen doch auch schon ein paar gelungene Entweichungen dieser Art vor, speciell in Fällen, in denen Kranke des Nachts anlangten und es denselben gelang, beim Aussteigen aus dem Wagen in der Dunkelheit rasch zu verschwinden und zwar speciell durch Hinausspringen aus dem Wagen auf der dem Anstaltsgebäude abseits liegenden Wagenseite. Das Verschulden fällt in solchen Fällen wohl nur der Begleituug der Kranken zur Last namentlich wenn die Ankunft des Kranken nicht früher den Anstaltsorganen bekannt gegeben worden ist. In der Wiener Landes-Irrenanstalt kommt es bei Ankunft der aus dem k. k. allgemeinen Krankenhause der Anstalt zugeführten Geistesgestörten mitunter zu Entweichungsversuchen am Eingangsthore der Anstalt beim Aussteigen aus dem Wagen, Versuche, die ohne Schwierigkeit vereitelt werden einerseits in Rücksicht des vom Krankenhause beigegebenen,

Digitized by Google

schon geschulten Begleitungspersonales, dann dadurch, dass der Transportwagen nur eine Thüre nach rückwärts zum Ein- und Aussteigen hat und demnach ein Herausspringen aus dem Wagen auf der der Anstalt abseits liegenden Seite nicht möglich ist. Der Umstand, dass die Kutscher von Lohnwagen (Fiaker und Einspänner) beim Eingangsthor in den Anstaltsvorgarten mitunter Schwierigkeiten machen bis zu dem Anstaltsgebäude heranzufahren, gab gleichfalls schon wiederholt Anlass, dass einzuliefernde Kranke beim Einfahrtsthor zum Anstaltsparke Fluchtversuche auszuführen suchten, ein Umstand, der mich als Anstaltsdirector schon wiederholt veranlasste, Lohnkutscher, welche sich weigerten, bis zum Anstaltsgebäude zu fahren, der Polizeibehörde zur Abstrafung anzuzeigen.

In der Anstaltsvorhalle kam es schon ein paar mal zu Entweichungsversuchen in der Art, dass in Begleitung angekommene Kranke sich dem Anstaltsportier gegenüber als die Begleiter gerirten, so dass dieser den Begleiter für den Kranken und den Kranken für den Begleiter ansah und die Kranken, unter dem Vorwand, aus dem vor dem Eingange wartenden Wagen etwas zu holen, zu entweichen versuchten. Solche Verwechslungen spielten sich übrigens nicht blos in der Vorhalle der Anstalt ab, sondern auch schon in dem Aufnahmszimmer und in den Vorzimmern der Anstaltsärzte, zu denen sich die Begleiter mit den Kranken begaben.

Insoferne Anstaltspfleglinge in den Localitäten des Administrationsgebäudes beschäftiget werden und Zutritt in die Wohnungen der Anstaltsangestellten haben, oder Pfleglinge das Administrationsgebäude passiren, um sich an ihre Arbeitsstätten zu begeben, kamen schon wiederholt Entweichungsversuche, wie wirklich gelungene Entweichungen vor, ebenso auch die Entweichung von Kranken, welche Anstaltsangestellten über ihren Wunsch, selbstverständlich unter ihrer Verantwortung, zur Bedienung beigegeben waren und denen eine freiere Bewegung gestattet wurde. So kam erst vor einigen Monaten wieder der Fall vor, dass ein Pflegling, der Monate hindurch scheinbar anstandslos einen der Anstaltsärzte bediente, nachdem er demselben Kleider und einen grösseren Geldbetrag entwendet hatte, aus der Anstalt entwich. Allerdings war demselben von dem betreffenden Arzt gegen speciellen Erlaubnissschein jeweilig auch der Ausgang in die Stadt gestattet.

In wie ferne die sub l. a. angedeuteten Entweichungen hint-

Digitized by Google

angehalten werden können, ergiebt sich aus der Darlegung der einzelnen Fälle von selbst. Es liegt in der Natur der Verhältnisse, dass speciell den Anstaltsportieren in ihren Instructionen bezughabende Weisungen ertheilt werden müssen, wie sie sich beim Ankommen der Kranken und nach der Ankunft derselben in der Eintrittshalle und bezüglich des Austrittes von Pfleglingen aus derselben zu verhalten haben, dass ohne specielle schriftliche Erlaubniss Pfleglinge die Ausgangsthür nicht passiren dürfen; für die Anstaltsangestellten, denen über ihr Ersuchen Pfleglinge zur Bedienung und Arbeitsverrichtung zugewiesen werden, treten die für solche Fälle allgemein giltigen und speciell ertheilten Ueberwachungsvorschriften in Kraft, und dies gilt auch bezüglich jener Pfleglinge, die über specielles Ersuchen und über specielle Bewilligung von Anstaltsangestellten unter deren specieller Verantwortung in deren Wohnungen beschäftigt werden. Wenn Pfleglinge in den Räumen des Administrationsgebäudes Beschäftigung finden und Pfleglinge mit oder ohne Begleitung gegen Erlaubnissschein das Anstaltsportal passiren, sind von den Abtheilungsbediensteten hierüber genaue Verzeichnisse zu führen und vom Anstaltsportier die Ausgänge der betreffenden Pfleglinge in Bezug auf Zeit des Ausgangs und der Rückkunft genau zu verzeichnen. Es liegt wohl im Geiste der freien Behandlung, dass die Eingangspforte des Administrationsgebäudes während der Tagesstunden nicht geschlossen, sondern offen gehalten wird, eine Einrichtung, die auch schon mit Rücksicht auf den Verkehr von zahlreichen Partheien nothwendig ist. Es giebt allerdings manche Anstalten, deren Eingangspforten unter dauernden Verschluss gehalten werden; wenn nämlich solche Anstaltsgebäude inmitten einer Verkehrsstrasse liegen und die Eingangspforte unmittelbar auf die Gasse mündet.

ad A. 2. Entweichungen und Fluchtversuche aus den eigentlichen Krankenabtheilungen.

Die Eingangsthüren zu den für die Pfleglinge bestimmten Abtheilungen stehen in vielen Anstalten vorschriftsmässig unter Verschluss und muss die Abtheilungsthür für jeden Ein- und Austretenden von Fall zu Fall geöffnet werden. Im Gleichen sind auch die Fenster dieser Abtheilungen in der Regel vergittert. Es sind somit die Vorbedingungen gegeben, die eigentlich eine Entweichung unmöglich machen, und dennoch kommt es vor, dass auch Kranke

Digitized by Google

aus diesen Räumen entweichen. Die Verhältnisse, unter denen dies geschieht, sind naturgemäss anderen Umständen zuzuschreiben als bei den Entweichungen, die sub I. a. angeführt wurden.

Die hierher gehörigen Entweichungen sind auf verschiedene Umstände zurückzuführen, und führe ich in dieser Richtung an:

1) Mangelhafte Ueberwachung der Passage an den Ausgangsthüren der Abtheilungen.

2) Nichtschliessung und unvollständige Schliessung derselben und unzweckmässige Thürconstruction.

3) Steckenlassen der Thürschlüssel im Schlosse; Verlust der Thürschlüssel, Verabfolgung von Thürschlüsseln an Pfleglinge, Entwendung der Thürschlüssel durch Pfleglinge, Erlangung von Sperrhaken und Nachschlüsseln, Anfertigung von solchen.

4) Gewaltsame Eröffnung der Thüren.

5) Beseitigung der Fenstergitter.

6) Entweichung durch Heiz- und Ventilations- und Abortschläuche.

In der Mehrzahl der hier angeführten Fälle liegt mehr oder weniger eine Nachlässigkeit Seitens der Aufsichtsorgane oder ein Uebersehen vor.

Was die mangelhafte Ueberwachung der Passage an den Ausgangsthüren der Abtheilungen betrifft, die unter Verschluss stehen, so kommt dieser Modus der Entweichung öfters vor in der Art, dass die an den Abschlussthüren der Abtheilungen zur Ueberwachung des Ein- und Austrittes bestellten Krankenpfleger, die Kranken der Abtheilungen nicht genau kennen, indem sie Pfleglinge, die ihre eigenen Kleider tragen, irrthümlich als Personen ansehen, welche Pfleglinge der Anstalt besuchten. Dies kam wiederholt, namentlich bei Krankenpflegern vor, die erst seit kurzer Zeit im Anstaltsdienste standen und noch nicht genügend im Dienste geschult waren. Im Gleichen kam es wiederholt vor, dass die den „Thürdienst" versehenden Krankenpfleger Pfleglinge ohne Erlaubnissscheine und ohne Begleitung passiren liessen, wenn selbe vorschützten, sie hätten sich zu einem der Anstaltsangestellten ins Administrationsgebäude zu begeben.

Dieser letzterwähnte Modus der Entweichung wurde wohl nur von Anstaltspfleglingen gewählt, die mit den Verhältnissen der Anstalt schon ziemlich vertraut waren, entweder, dass sie sich bereits

Digitized by Google

früher in der Anstalt befanden, oder aber sich während ihres Aufenthaltes in der Anstalt über die Möglichkeiten auszuführender Fluchtversuche orientirten. In dieser Beziehung waren es insbesondere die an Moral insanity leidenden Pfleglinge, die theils selbst Fluchtversuche dieser Art ausführten oder anderen dazu riethen und behilflich waren, diesen Modus zu wählen. Es wurden zur Ausführung dieser Fluchtversuche vorwaltend jene Tage benützt, an denen Krankenpfleger; die erst kurze Zeit im Anstaltsdienste standen, den sog. Thürdienst zu versehen hatten; weiterhin Tage, an denen viele Anstaltspfleglinge besucht wurden und die zur Flucht geneigten Pfleglinge an Besucher sich anschlossen und theils mit deren Einverständniss, theils ohne dass diese es merkten, sich dem noch minder erfahrenen Krankenpfleger gegenüber so benahmen, als ob sie bei irgend einem andern Kranken auf der Abtheilung auf Besuch gewesen wären, jetzt wieder die Anstalt verliessen. Derartige Entweichungsversuche kamen besonders an Sonn- und Feiertagen vor, an welchen Tagen sich in der Wiener Irrenanstalt nicht selten 200 — 300 Personen zum Besuch der Pfleglinge einfinden.

Allerdings misslangen in der Regel die so ausgeführten Entweichungsversuche, wenn es auch den Kranken gelang, durch die Abtheilungsthür unbehindert zu gelangen, da sie dann in der Vorhalle oder im Garten doch auf einen der Anstaltsangestellten stiessen, von denen sie erkannt und angehalten wurden — doch kamen auch schon mehrere derart ausgeführte gelungene Entweichungen vor.

Wenn sich ein Krankenpfleger von einem Pflegling überreden lässt, ihm ohne ärztlichen Erlaubnissschein zu gestatten, die Abtheilungsthüre zu passiren, so ist dies nur eine Pflichtunterlassung des den Thürdienst versehenden Wärters zuzuschreiben, da ja ohne Erlaubnissschein des Arztes kein Pflegling jene Abtheilungen, die unter Verschluss stehen, verlassen soll. —

Die Versuche, auf diese Art zu entweichen, kommen öfter vor, scheitern wohl in der Regel an der Vorsicht und Umsicht geschulter Wärter — doch wurden auch schon geschulte Wärter überlistet. — Es geschah dies meistentheils durch Pfleglinge, die während ihres Anstaltsaufenthaltes bereits wiederholt die Bewilligung erhielten, in Begleitung die Abtheilung zu verlassen, oder denen bereits

Digitized by Google

früher gestattet war, ohne Begleitung einen der Anstaltsangestellten zu besuchen. — Gewöhnlich weisen die schuldtragenden Wärter darauf hin, es sei ihnen nicht bekannt gewesen, dass dem betreffenden Kranken der freie Ausgang neuerlich gesperrt worden sei. Es ist daher eine empfehlenswerthe administrative Vorsichtsmaassregel, dass die den Thürdienst versehenden Krankenpfleger ein Verzeichniss jener Pfleglinge erhalten und führen, welche allein oder in Begleitung die Abtheilungsthür passiren dürfen und dass in diesem Verzeichniss auch besonders bemerkt wird, wenn einem Kranken die Erlaubniss zum Verlassen der Abtheilung wieder entzogen wurde. Ich muss übrigens hier noch bemerken, dass sich einzelne Pfleglinge durch Nachahmung der Unterschrift der Aerzte Ausgangsbewilligungen fälschten und hierdurch die Wärter täuschten.

Es ist weiterhin eine sehr empfehlenswerthe Vorsichtsmaassregel, dass die Aerzte den Wärtern diejenigen Pfleglinge ihrer Abtheilungen besonders namhaft machen, die als fluchtgeneigt erscheinen.

Fluchtversuche in Folge mangelhafter Ueberwachung des Ausganges kamen auch ein paar Mal vor zur Zeit, wenn innerhalb der Abtheilungsräume gesellige Zusammenkünfte stattfanden, an denen auch auswärtige Gäste Antheil nehmen durften; dann aber auch zu Zeiten sog. allgemeiner Säuberung der Abtheilungen oder bei Ausführung besonderer baulicher Herstellungen, wie auch zur Zeit, wenn an den Thüren oder Thürschlössern Reparaturen vorgenommen wurden und die Thüren temporär nicht abgesperrt werden konnten.

Es sind daher für solche Zeiten ganz besondere Vorsichtsvorkehrungen zu treffen, um bei solchen Anlässen die Ausführung von Entweichung der Pfleglinge hintanzuhalten.

In zweiter Linie kommt es zu Entweichungen und Fluchtversuchen von Pfleglingen aus den Krankenabtheilungen in Folge von Nichtschliessung oder unvollständiger Schliessung der Ausgangsthüren und von falscher unzweckmässiger Thürconstruction. Zunächst ist es der Unachtsamkeit, Zerstreutheit, Vergesslichkeit, Ermüdung, Bequemlichkeit, Schläfrigkeit des den Thürdienst versehenden Dienstpersonales zuzuschreiben, wenn Thürschlösser, die instructionsmässig abgesperrt sein sollen, nicht abgesperrt werden.

Digitized by Google

Insolange der Thürhüter den Platz an der Thüre nicht verlässt, ist es wohl in der Regel für die Kranken schwierig, trotz des Nichtabschliessens der Thüre durch die Thür zu entwischen; nur wenn der Wärter schläfrig ist, wirklich einschläft, oder wie es öfter vorkommt, sich entgegen der Dienstvorschrift mit Lesen beschäftigt und sich ins Lesen vertieft oder mit Jemandem spielt, ein Gespräch führt, aus Ermüdung oder aus anderen Gründen vor sich hinbrütet, ohne auf seinen Dienst zu achten oder mit seinen subjectiven Zuständen sich beschäftigt, oder an Unwohlsein leidet, kann es ohne Schwierigkeit geschehen, dass solche Momente, in denen die Thüre nicht abgeschlossen ist, von Pfleglingen zur Entweichung benutzt werden. Es kommt nicht so selten vor, namentlich in der heissen Sommerszeit, dass Krankenpfleger beim ruhigen Stehen oder Sitzen an der Thür einschlummern, namentlich, wenn selbe anstrengenden Nachtwachdienst hatten. Doch kamen mir auch Fälle vor, dass sich Pfleglinge verabredeten, die Geneigtheit eines Krankenpflegers zu einer der vorerwähnten Gewohnheiten auszunützen, um die Aufmerksamkeit des Wärters von der Thürüberwachung abzulenken, so auf das Nichtzuschliessen der Thüre hinzuwirken und das Ausführen eines Fluchtversuches zu ermöglichen; einerseits dadurch, dass sich ein oder mehrere Pfleglinge mit dem die Thürwache versehenden Wärter in ein Gespräch einliessen oder mit ihm ein Zerstreuungsspiel spielten (Kartenspiel, Damenspiel etc.) oder ihm irgend ein Buch oder Bilder oder sonstige Gegenstände zum Anschauen gaben oder in dem Moment, in dem Jemand von aussen an der Thür klopfte und der Wärter die Thür öffnete, denselben von der Thür rasch wegdrängten, oder entfernter von der Thür innerhalb der Abtheilung befindliche Pfleglinge plötzlich absichtlich zum Schein einen Excess begannen, oder einer der Pfleglinge verabredeter Maassen scheinbar ein Unwohlsein simulirte oder um Hilfe rief oder einen Feuerruf ausbrachte u. s. w., um die Aufmerksamkeit des den Thürdienst versehenden Wärters von der Thüre abzulenken. In manchen Fällen kam es vor, dass bei Schliessung der Thür vom Wärter nicht genau darauf geachtet wurde, ob das Schloss genau und prompt schliesst und die Thürsperre einfällt. Auch der Fall kam wiederholt vor, dass Pfleglinge in der Absicht, das Thürschloss zu verderben und so eine Abnahme des Schlosses herbeizuführen, unbemerkt Gegenstände ins

Digitized by Google

Schlüsselloch hineinsteckten, Holzstückchen, Steinchen, Glassplitter etc.

Bei zweiflügeligen Thüren war es wiederholt insbesondere das unvollständige Auf- und Niederschieben der die Thür am Fussboden und an der Obermauer befestigenden Thürschubriegel, wodurch ein Aufmachen der im Schloss geschlossenen Thür ermöglicht wurde. Dies ist besonders bei jenen zweiflügeligen Thüren leicht möglich, bei denen diese Thürschubriegel nicht an der schmalen, freien Thürfläche, sondern zugänglich an der breiten Thürwand angebracht sind, eine Thürconstruction, die selbstverständlich für eine Irrenanstalt als unzulässig erklärt werden muss.

Alle Thürschlösser, die sich durch Abschwächung der Federn schon nach kurzer Zeit bezüglich des präcisen Einfallens als unzuverlässig erweisen, eignen sich nicht für die Zwecke einer Irrenanstalt, da sie die Möglichkeit der Ausführung von Entweichungen begünstigen.

In Folge von Vergesslichkeit, Unachtsamkeit und Bequemlichkeit der Wärter kommt es nicht selten vor, dass sie den Schlüssel im Schlosse stecken lassen, und dass dann von einem der Pfleglinge dieser Moment benützt wird, den Schlüssel zu entwenden, um denselben dann bei Gelegenheit zum Oeffnen der Thür zu benützen. Es giebt eine nicht geringe Zahl von Kranken, die die ganz besondere Tendenz bekunden, dem Wartpersonale die Schlüssel zu entwenden, und hat das Wartpersonal namentlich auf diese Pfleglinge sehr achtsam zu sein. Nicht selten wird der Schlüssel aus Bequemlichkeit im Schlosse stecken gelassen während der Verrichtung einer Arbeit; dies geschieht besonders gerne an Tagen, an denen viele Besuche zu den Pfleglingen kommen. Zur Hintanhaltung des Steckenlassens des Schlüssels ist es am besten, wenn der Wärter den Schlüssel an einem an seinem Gürtel befestigten Bande trägt, da er dann, wenn der Schlüssel stecken blieb, beim Weggehen von der Thür durch den fühlbaren Widerstand darauf aufmerksam gemacht wird, und wird hierdurch dem Liegenlassen des Schlüssels und des Schlüsselbundes möglichst vorgebeugt. Eine üble Gewohnheit mancher Wartindividuen ist es, ihren Schlüsselbund rückwärts am Gürtel oder Schürzenband an einem Haken zu tragen, da es mitunter vorkommt, dass Kranke unbemerkt den Wartpersonen den so angehängten Schlüsselbund entwenden. Die

Digitized by Google

Schlüssel sollen überhaupt so getragen werden, dass sie den Kranken so wenig als möglich in die Augen fallen. Das unachtsame Gebahren mit den Schlüsseln giebt in Irrenanstalten nicht selten Anlass zu disciplinarer Behandlung des Wartpersonales, sowohl das Stecken- und Liegenlassen der Schlüssel bei Tag, wie das nicht sorgsame Verwahren der Schlüssel bei Nacht, und erwachsen durch diese Unachtsamkeit vielfache Unzukömmlichkeiten, namentlich, wenn es nicht gelingt, die in Verlust gerathenen Schlüssel wieder ausfindig zu machen. Im Interesse der Sicherheit ist es gelegen, das Wartpersonal daran zu gewöhnen, den Schlüsselbund an einem Band oder Riemen zu tragen und die Schlüssel Nachts wohl versperrt zu halten. Vom Sicherheits- und administrativen Standpunkte soll man auch anstreben, dass jeder Abtheilungs-Schlüssel eine bestimmte Nummer aufgeprägt hat, um controliren zu können, wem ein aufgefundener Schlüssel gehört, und um dem unbefugten Anfertigenlassen, Ankaufen und Verkaufen von Schlüsseln mit einigem Erfolg entgegen treten zu können. Trotz strengen Verbotes ist es nicht möglich, hintanzuhalten, dass sich Wartindividuen unerlaubt in den Besitz von Thürschlüsseln setzen, deren Besitz ihnen nach der Diensteseintheilung nicht zukömmt. — Um wenigstens während der Nachtzeit mit einigem Erfolg das Aufschliessen der ins Freie führenden Thüren zu vereiteln, liess ich an diesen Thüren Controlschlösser anbringen, deren Schlüssel nur wenige bestimmte Anstaltsangestellte besitzen.

In einer geschlossenen, grösseren Anstalt ist es im Interesse der Sicherheit dringend geboten, eine Uebersichtstabelle zu führen darüber, welche Schlüssel den einzelnen Anstaltsangestellten und Anstaltsbediensteten verabfolgt wurden, um den unbefugten Schlüsselbesitz leichter controliren zu können.

Als vollständig unzulässig ist es zu betrachten, Thürschlüssel zu Abtheilungs-Ausgangsthüren an Anstaltspfleglinge zu verabfolgen, da hierdurch jede Controle vereitelt wird und sich das Krankenpflegepersonal damit ausreden kann, dass die Thüren durch die betreffenden Pfleglinge nicht gesperrt wurden. Dass zu Fluchtversuchen geneigte Pfleglinge mitunter die Gelegenheit benutzen, die Thürschlösser durch Sperrhaken und schlüsselartig zugerichtete Gegenstände zu öffnen, liegt in der Natur der Verhältnisse, und kamen in der Anstalt mehrere Fälle vor, dass sich Pfleglinge auf

Digitized by Google

solche Art den Ausgang zu verschaffen suchten. Man hat in dieser Hinsicht namentlich die in Werkstätten und im Freien beschäftigten Pfleglinge sorgsam zu controliren, namentlich solche fluchtverdächtige Pfleglinge, die vermöge ihrer früheren Berufsthätigkeit und Handwerksbeschäftigung mit der Construction der Schlösser und Anfertigung von Schlüsseln näher vertraut sind.

Selbst bei einer sehr genauen Durchführung der Revision der Zimmer und Kleider ist es nicht immer möglich, solche Sperrhaken aufzufinden, da die Kranken diese Haken oft an einer ganz abseits liegenden Stelle verstecken, um sie bei günstiger Gelegenheit hervorzuholen und zu verwenden.

Nebst der Aufschliessung der Thürschlösser durch Schlüsselhaken kommen aber auch Fälle vor, dass Kranke die Thüren gewaltsam aufzusprengen suchen oder die sog. Thürfüllungen durchstossen, um dann durch die Thür durchkriechen zu können.

Wiederholt kam es vor, dass Kranke die Schrauben, durch welche die Fenstergitter an die Fensterstöcke angeschraubt sind, mit einer seltenen Geduld und Ausdauer zu lockern und herauszuziehen versuchten und kamen in dieser Beziehung ein paar raffinirt ausgeführte Fluchtversuche vor. So verabredeten sich 3 an Moral insanity leidende Pfleglinge, gemeinsam einen Entweichungsversuch auszuführen. Sie benutzten die kurze Zeit, die während des Aufstehens am Morgen und unmittelbar vor dem Niederlegen am Abend unauffällig benutzt werden konnte, um unauffällig die Schrauben des Fenstergitters zu lockern, die gelockerten Schrauben herauszuziehen, an deren Stelle aus Brodkrume gefertigte, mit Tabaksaft dem Holze ähnlich gefärbte Schraubenimitationen einzulegen und nachdem so die Schrauben bis auf 2, die das Hinaustauchen des Gitters zuliessen, beseitiget waren, wurde der Wärter in dem Momente, als er Abends zum Schlafengehen das Zimmer geöffnet hatte, von einem ins Complot gezogenen Mitkranken unter dem Vorwand, es sei eben ein anderer Kranker auf dem Gange bewusstlos zusammengestürzt, aus dem Zimmer gerufen, und wurde von den 3 bewussten Pfleglingen das bereits gelockerte Fenstergitter hinausgestossen, und sind dieselben dann durch das Fenster des ebenerdig gelegenen Zimmers ohne Schwierigkeit durch den Garten entwichen, da die Dunkelheit der Nacht das rasche Verschwinden im Garten ermöglichte.

Digitized by Google

Ein anderer Kranker lockerte in ähnlicher Weise ein Fenstergitter im 2. Stockwerke, benutzte, um die Lockerung der Schrauben zu erleichtern, das Oel des ihm verschriebenen Salates, versuchte sich dann in der Nacht vom Fenster hinabzulassen an durch Zerreissen von Wäsche angefertigten, strangartig zusammengedrehten Leinwandstricken; als er aber bis unterhalb des 1. Stockwerkes gelangt war, zerrissen die geknüpften Wäschstücke, er stürzte hinunter, erlitt ein paar Rippenbrüche, suchte aber dessen ungeachtet noch weiter zu laufen, wurde aber durch einen sogleich nacheilenden Wärter eingeholt, zurückgebracht — und sind in relativ kurzer Zeit alle seine Rippenbrüche wieder geheilt.

Bei geistig abgeschwächten Kranken kam es auch ein paar mal vor, dass dieselben durch gewaltsames Herausreissen der die Heiz- und die Ventilationsöffnungen der Luftheizungskanäle verschliessenden Verschlussklappen in die Heiz- und Ventilationskanäle zu kriechen versuchten, in der Meinung, dass sie auf diesem Wege entweichen könnten. In gleicher Weise wurde auch von blödsinnigen Kranken ein paar Mal der Versuch gemacht, in einen Abortschlauch zu kriechen, um so zu entweichen.

Selbstverständlich führten alle diese zuletzt erwähnten Versuche zu keinem Resultate.

Es ist wohl eine in einer jeden Irrenanstalt gebotene Sicherheitsmaassregel, dass die Zugänge zu den Keller- und Dachbodenräumlichkeiten unter sorgsamem Verschluss gehalten werden, um hintanzuhalten, dass Pfleglinge nach diesen Räumen entkommen, da es selbstverständlich grosse Schwierigkeiten bieten würde, Pfleglinge, die dahin gelangen, aufzufinden. Uebrigens kam es ein paar Mal vor, dass Pfleglinge, die unter Aufsicht in den Kellerräumen bei Holz- und Kohlenarbeiten beschäftigt wurden, von dort aus entwichen.

Es liegt in der Natur der Verhältnisse, dass die Entweichungen aus den eigentlichen Krankenabtheilungen in relativ grösserer Zahl bei Pfleglingen vorkamen, die im ebenerdigen Geschosse wohnten oder die im Souterrain bei Arbeiten beschäftigt wurden. Bei entsprechender Fenstervergitterung ist das Entweichen aus den Räumen der höheren Stockwerke naturgemäss wesentlich erschwert und gehören von dort aus ausgeführte Fluchtversuche zu den Ausnahmsfällen. Gruppirt man die Entweichungsfälle nach den Unter-

Digitized by Google

abtheilungen, von denen aus die Pfleglinge entwichen, so entfallen die meisten Entweichungen und Fluchtversuche, so weit es sich um Entweichungen aus den eigentlichen Krankenabtheilungen handelte, auf die Abtheilungen für ruhige Pfleglinge, da diese der baulichen Anlage nach, den Abtheilungsausgangsthüren, durch welche man zur Eintrittshalle gelangt, näher liegen, als die Abtheilungen für minder ruhige und die Abtheilungen für aufgeregte Kranke; da von diesen aus ein zwei- oder dreifacher Thürverschluss hindernd entgegensteht, bis der Kranke auf das unversperrte, neutrale Anstaltsgebiet gelangt.

Vergleicht man die Zahl der Entweichungsfälle und Fluchtversuche der Pfleglinge, die im geschlossenen Hauptgebäude untergebracht sind, mit der Zahl der Fluchtversuche jener Pfleglinge, die in dem isolirt stehenden Gebäude für verlässliche, arbeitende Pfleglinge wohnen und dort ohne besondere Beengung bei offen gehaltener Eingangsthür aus- und eingehen, so ist es gewiss sehr beachtenswerth, dass die Zahl der Entweichungen und Fluchtversuche bei diesen letzteren Pfleglingen eine geradezu minimale ist, trotzdem diesen Pfleglingen eigentlich fortgesetzt die Gelegenheit geboten ist, ohne Schwierigkeit einen Fluchtversuch auszuführen. Die in dieser Abtheilung untergebrachten Pfleglinge benutzten aber auch nur in einer ganz minimalen Zahl die Gelegenheit des Aufenthaltes im Garten zur Ausführung von Fluchtversuchen. Dies stimmt auch mit den in der Irren-Colonie zu Gheel und in den nach dem Colonisationssysteme eingerichteten Irrenanstalten in dieser Richtung gemachten Erfahrungen.

Unter den Pfleglingen, welche aus den eigentlichen Krankenabtheilungen auf eine der vorauserwähnten Arten entwichen, sind die an sog. moralischem Irresein leidenden Kranken in der weitaus überwiegendsten Zahl vertreten, nahezu mit 75 pCt., im Weiteren an Melancholie, an Verrücktheit, am hallucinatorischen Irresein und dann speciell am Verfolgungswahn leidende Kranke.

Blödsinnige, dann an Geistesstörung in Folge progressiven Gehirnleidens leidende Kranke machten wohl auch mitunter Entweichungsversuche, beinahe alle diese Versuche waren aber fast durchgehends von vorneherein schon so angelegt, dass selbe schon im Beginne der Ausführung erkannt und hintangehalten werden

Digitized by Google

konnten. Das Gleiche gilt bezüglich des in Absicht der Ausführung eines Fluchtversuches vortretenden gewaltthätigen Auftretens maniacalischer Kranken. Am raffinirtesten wussten die an Moral insanity und die in Folge von chronischem Alcoholismus psychisch perversen Kranken ihre Entweichungen und Entweichungsversuche aus den eigentlichen Krankenabtheilungen einzuleiten und auszuführen.

ad A. 3 und 4.

Manche Pfleglinge, die in den Arbeitsstätten beschäftigt wurden, benutzten diese Gelegenheit, um aus den Arbeitsräumen zu entweichen, namentlich, wenn diese Arbeitsstätten nicht innerhalb der Klausur der eigentlichen Kranken-Abtheilungen gelegen sind und die Pfleglinge aus diesen in die Arbeitsstätten überführt werden müssen.

Wenn man von den Fällen absieht, in denen aus Unachtsamkeit die Zugänge zu den Werkstätten nicht genügend überwacht oder nicht sorgfältig geschlossen wurden, so waren die hierher gehörigen Fälle fast nur solche, in denen die Pfleglinge in dem Momente der Ueberführung von den Abtheilungen nach den Arbeitsstätten und von diesen zurück nach jenen zu entweichen suchten. Fluchtverdächtige Pfleglinge müssen daher, wenn sie zur Arbeitsstätte gehen oder von dort zurückkehren, besonders sorgsam überwacht werden. Auch hat man darauf zu achten, ob sich nicht mehrere Pfleglinge zur Ausführung eines Fluchtversuches verabredet haben. Manche Pfleglinge setzen Alles daran, in der Absicht, entweichen zu können, zur Ausführung bestimmter Arbeiten zugelassen zu werden. Die Aufgabe der Anstaltsangestellten ist es, sich zu bemühen, solch' maskirt gehaltene Absichten, ohne es merken zu lassen, klar zu legen und durch unauffällig durchgeführte Maassregeln hintanzuhalten.

Die freiere Bewegung, die man den Pfleglingen gestattet, wirkt übrigens in gar manchen Fällen specifisch beruhigend in Richtung des bestandenen Dranges zur Ausführung von Fluchtversuchen, und gerade in dieser Richtung zeigt sich der eminent beruhigende Einfluss der sog. Irrencolonisation, wie ich mich schon vor mehr als 20 Jahren bei meinem Besuche der belgischen Irrencolonie zu Gheel überzeugte. In dieser Beziehung sind die auf dem Flachlande gelegenen Irrenanstalten in einer günstigeren Situation, als die in einer Grossstadt gelegenen grossen, geschlossenen Irrenan-

Digitized by Google

stalten; da in den letzteren wegen der mannigfachen Verkehrsbeziehungen der Pfleglinge mit der grossstädtischen Bevölkerung ein unbegrenzter Verkehr vielfache Störungen und Unzukömmlichkeiten zur Folge haben würde, Unzukömmlichkeiten, die in einer nicht dicht bevölkerten Gegend fast durchwegs entfallen.

ad A. 5 und 6.

Am häufigsten wurde von den Anstaltspfleglingen der Aufenthalt in den Gärten benutzt, um aus der Anstalt zu entweichen, und zwar einerseits von Kranken, die sich in den Gärten blos des Spazierengehens halber aufhielten, andererseits von Pfleglingen, die in den Gärten und auf den Anstaltsgründen mit Arbeit beschäftiget wurden. —

Die Ueberwachungsmaassnahmen modificiren sich in mancher Hinsicht, je nachdem sich die Kranken blos des Spazierengehens oder aber der Arbeit wegen in den Gärten befinden. —

Jeder Anstaltsarzt muss sich gegenwärtig halten, dass die Gestattung des Gartenbesuches die Gelegenheit zur Ausführung von Fluchtversuchen und Entweichungen vermehrt, wie ja auch die Erfahrung lehrt, dass in den Zeitperioden, während welcher die Gärten von den Pfleglingen häufiger besucht werden, die Zahl der Entweichungen und Fluchtversuche zunimmt. Trotz dieser Erfahrungsthatsache muss der Anstaltsarzt aus hygienischen, ärztlichen und speciell psychiatrischen Gründen möglichst darauf dringen, dass während der günstigen Jahres- und Tageszeit die Gärten so viel als wie möglich von den Pfleglingen besucht werden.

Je sorgsamer die Gärten verwahrt sind, desto geringer ist naturgemäss die Zahl der gelungenen Fluchtversuche. Die intensivere Verwahrung der Gärten steigert aber wenigstens nach meiner Erfahrung den Drang der Pfleglinge zur Ausführung raffinirterer Fluchtversuche.

Die relativ grösste Zahl von gelungenen Fluchtversuchen wurden von Pfleglingen ausgeführt, die in den mit blossem Staketenzaun abgeschlossenen Gärten sich aufhielten. Der Versuch, den Staketenzaun zu übersteigen, kommt häufiger vor und wird sowohl von männlichen, wie von weiblichen Pfleglingen versucht, vorzugs-

Digitized by Google

weise in den Gärten, die den minder ruhigen und minder verlässlichen Kranken zugewiesen sind. Da diese Gärten an andere abgeschlossene Gärten grenzen, so ist es begreiflich, dass die von den erstgenannten Gärten ausgeführten Entweichungsversuche ihrer Mehrzahl nach misslingen, insbesondere in der Zeit, während welcher die vorerwähnten anderen Gärten von Kranken besucht sind.

Bei entsprechender Vertheilung des Aufsichtspersonales lässt sich in der Mehrzahl der Fälle die Ausführung dieser Fluchtversuche noch rechtzeitig vereiteln, wenn die Gärten so angelegt sind, dass man sie ohne Schwierigkeit überblicken kann, und dass sich keine solchen Baum- und Gebüschanlagen vorfinden, die das Verstecken oder eine Deckung der Kranken ermöglichen oder die Uebersicht erschweren. Der Garten darf auch nicht zu ausgedehnt und die Zahl der darin befindlichen Kranken darf keine zu grosse sein. Trotz aller Vorsicht und sorgsamer Aufsicht gelingt es aber doch einzelnen Kranken, namentlich gewandten Turnern, rasch über die Staketenzäune hinüberzusetzen und selbst auch manche weibliche Kranke bekundeten eine grosse Fertigkeit im Uebersteigen der Zäune.

Wenn auch in manchen Fällen die Ausführung von Fluchtversuchen aus diesen Gärten durch eine geringere Achtsamkeit des Krankenpflegepersonales begünstigt wird, so kommt es aber auch nicht selten vor, dass auch von den Gärten aus Fluchtversuche mit einer gewissen Schlauheit ausgeführt werden und dass sich mehrere Pfleglinge verabreden, durch verschiedene Vorwände die Aufsichtswärter von ihren Posten wegzulocken. Wiederholt kam es vor, dass sich Pfleglinge scheinbar harmlos an dem Staketenzaun auf die Erde setzten oder niederlegten und successive mit den Händen das Erdreich weggruben, um unterhalb des Zauns dann rasch, unbemerkt durchzukriechen. Manche Pfleglinge legten sich, wenn sie in die Abtheilungsräume zurückkehren sollten, an irgend einer muldenförmigen Vertiefung des Gartens flach auf den Boden oder suchten sich hinter einem Gesträuch zu verstecken. In der Mehrzahl der Fälle misslangen die so angelegten Fluchtversuche, da der Wärter, der die aus dem Garten rückkehrenden Pfleglinge abzuzählen hat, sobald er den Abgang eines Kranken bemerkt, durch die Signalpfeife dies zu signalisiren hat, wodurch

Digitized by Google

die ausserhalb der Gärten der Ueberwachung wegen aufgestellten Krankenpfleger auf das Fehlen eines Kranken aufmerksam gemacht werden.

In dieser Richtung ist es vor Allem wichtig, dass eine genaue Controle geübt wird darüber, welche Pfleglinge in die Gärten gingen, und ob alle aus denselben zurückkehrten, um rechtzeitig den Abgang zu constatiren, da erfahrungsgemäss von den in den Gärten befindlichen Kranken zur Ausführung eines Fluchtversuches nicht selten der Moment benutzt wird, in dem das Zeichen erfolgt, dass die Kranken den Garten zu verlassen haben.

Die mit der Abzählung der Pfleglinge betrauten Wartpersonen haben daher eine wichtige Aufgabe zu erfüllen, einerseits, dass sie genau controliren, welche und wie viele Pfleglinge in den Garten gingen und denselben verliessen, dann aber, dass sie für die auswärts aufgestellten Wachposten nicht früher das Zeichen zum Rückkehren geben, bevor nicht der letzte Kranke den Garten verlassen hat.

Auch ruhige Pfleglinge suchten aus den Gärten zu entweichen und wird die Ausführung von Fluchtversuchen aus einzelnen dieser Gärten noch dadurch erleichtert, wenn dieselben in Form eines englischen Parks angelegt sind und hierdurch die Ueberwachung wesentlich erschwert wird.

Um das Stattfinden von Entweichungen aus den Gärten möglichst hintanzuhalten, handelt es sich zunächst um eine sorgsame Auswahl der Kranken, die die einzelnen Gärten besuchen dürfen; dann um eine rationelle Ueberwachung der Gärten durch die richtige Wahl der Punkte, an welchen die Aufsichtspersonen zu postiren sind, innerhalb und ausserhalb dieser Gärten; dann um eine genaue Controle und Abzählung der Pfleglinge beim Betreten und beim Verlassen des Gartens und auf eine sorgsame Vereinbarung und Festsetzung der Signalzeichen bei Constatirung des Fehlens eines Pfleglings.

Je nach der Grösse und Anlage der Gärten sind an verschiedenen passenden Punkten innerhalb wie ausserhalb der Gärten für die Zeit des Gartenbesuches an bestimmten Stellen postirte Wächter aufzustellen, dann aber auch ambulirende Aufsichtsorgane, die unauffällig und unablässig die Gärten während der Zeit, als sich die Kranken daselbst befinden, durchstreifen, nicht

Digitized by Google

blos um die Vorbereitungen zur Ausführung eines Fluchtversuches rechtzeitig wahrzunehmen, sondern überhaupt das Verhalten der Pfleglinge zu controliren. Nicht selten kommt es vor, dass einzelne Pfleglinge im Gebüsch sich verstecken, oder auf einen Baum klettern und sich dort versteckt halten, oder eine Latte des Staketenzaunes zu lockern suchen und dergl. Die ausserhalb der Gärten postirten Aufseher dürfen ihre Wachposten nicht früher verlassen, bis ihnen das Signalzeichen gegeben wurde, dass alle Pfleglinge aus den abgeschlossenen Gärten in die Abtheilungsräume zurückgekehrt sind.

In den durch Umfassungsmauern abgeschlossenen Gärten kommt es nicht selten vor, dass die Kranken Gartenbänke oder Gartentische, die nicht fest in den Boden eingelassen sind, an die Mauern lehnen und selbe dann als Leiter zum Aufstieg auf die Mauer benutzen. Dazu werden auch jene Punkte benutzt, an denen eine Planke oder ein Zaun an die Mauer anstösst und erfordert es die Sicherheit an diesen Stellen die Umfassungsmauern in solcher Ausdehnung zu erhöhen, dass ein auf dem Staketenzaun stehender hochgewachsener Mann bei ausgestreckten Armen nicht an dem freien Mauerrand einen Stützpunkt findet, um sich dort festzuhalten und auf die Mauer hinaufzuschwingen. Sorgsam hat man auch darauf zu achten, dass nicht stärkere Aeste von Bäumen zu nahe an den freien Rand der Umfassungsmauer der Gärten heranreichen und von denselben aus ein Herablassen auf die Mauer ermöglicht ist. Selbstverständlich dürfen in den Gärten keine Leitern, Stangen, die das Hinaufklettern gestatten, belassen werden. Wiederholt kam es vor, dass 2—3 Kranke complotirten und die Ausführung eines Fluchtversuches dadurch anstrebten, dass sich ein hochgewachsener Pflegling dazu hergab, dass sich ein anderer auf dessen Schultern stellte und hierdurch so erhöht wurde, dass es ihm möglich geworden ist, den freien Mauerrand mit der Hand zu erfassen. — Ebenso kam es vor, dass Kranke eine unterhalb der Gartenmauer ausmündende Wasserlauföffnung dazu benutzten, daselbst unauffällig Gitter, Ziegel und Erdreich herauszureissen, um dann durch die so erweiterte Oeffnung durchzukriechen. Dass die an die Gartenmauern anstossenden Gebäude keine Vorsprünge haben dürfen, die das Hinaufklettern ermöglichen, ist wohl gleichfalls zu beachten.

Digitized by Google

Einmal kam es vor, dass ein Pflegling, ein gewandter Turner, vom Garten aus, an der längs der Gebäudemauer von unten bis zum Dachfirst geführten Blitzableiterstange mit Schnelligkeit hinankletterte und an der obersten Kante des Anstaltsdaches herumging, und nur durch ein mit Umsicht ausgeführtes Vorgehen ermöglicht wurde, des Kranken auf der Höhe des Daches wieder habhaft zu werden.

Ziemlich häufig werden Fluchtversuche von Pfleglingen ausgeführt, die in den Gärten und auf dem Anstaltsgebiete im Freien mit Arbeiten beschäftiget werden;

Dieser Umstand versetzt die Anstaltsärzte mitunter in eine recht peinliche Situation bei minder verlässlichen Kranken, da es ja auch bei solchen aus hygienischen und psychiatrischen Rücksichten mitunter dringend angezeigt ist, sie im Freien zu beschäftigen, insofern in vielen derartigen Fällen die systematische Beschäftigung im Freien das einzige, geeignete Anregungs- und Ablenkungsmittel ist, um bei den Kranken eine Umstimmung des Gemeingefühlszustandes anzuregen und herbeizuführen. Die Entscheidung darüber, wie man in solchen Fällen vorzugehen hat, ist oft sehr schwierig, wenn man bedenkt, dass minder verlässlichen Kranken durch Gestattung der Arbeit im Freien eher Gelegenheit zur Ausführung eines Fluchtversuches geboten erscheint, bei Nichtgestattung der Arbeit im Freien der Kranke aber verbittert und ihm die Gelegenheit zur Ablenkung, Zerstreuung und psychischen Beruhigung entzogen wird.

Es ist eine Erfahrungsthatsache, dass zu Fluchtversuchen geneigte Pfleglinge mitunter alle Hebel in Bewegung setzen, um zu einer Beschäftigung im Freien zugelassen zu werden. Man wird besonders vorsichtig sein bei an Moral insanity leidenden Kranken, bei sog. criminellen Irren, bei Kranken, denen jedes Krankheitsbewusstsein fehlt, und die fortgesetzt einen lebhaften Drang zur Entlassung äussern, bei Pfleglingen, die lebhaft auf der Erfüllung von Wünschen bestehen, die ihnen überhaupt nicht oder noch nicht gewährt werden können, bei Pfleglingen, denen der Aufenthalt in der Anstalt bereits unerträglich geworden, und deren ganzes Sinnen und Trachten dahin gerichtet erscheint, aus der Anstalt entlassen zu werden.

Wie für jeden Menschen, so giebt es auch für die Pfleglinge

Digitized by Google

einer Irrenanstalt gewisse Zeiten und Erinnerungstage, an welchen der Drang aus der Anstalt hinauszukommen, besonders lebhaft vortritt; so der Jahrestag der Einbringung in die Anstalt, gewisse Familienerinnerungstage, Festtage der Familie, die herannahende Frühjahrszeit, die herannahenden Jahresfestzeiten, besonders Weihnachten, die Osterzeit und das Pfingstfest u. s. w. Bei Angestellten ist es die Ablaufszeit des erhaltenen Urlaubs, zu welcher der Wunsch entlassen zu werden, lebhafter vortritt. —

Selbstverständlich ist es wichtig, zu erwägen, zu welcher Beschäftigung ein Pflegling verwendet werden kann, in welcher Art, zu welcher Zeit, an welchen Stellen des Anstaltsgebietes und unter welchen Beaufsichtigungsmodalitäten. Es ist selbstverständlich, dass es manche Combinationen und Modificationen giebt, um successive den Pfleglingen einen immer weiteren Spielraum zur freien Bewegung zu gewähren oder im gegentheiligen Falle das Maass der gewährten Freiheit einzuschränken.

Den Arbeitsleitern der Pfleglinge obliegt eine mitunter schwierige und verantwortliche Aufgabe, und ist es selbstverständlich, dass dieselben im Hinblick auf ihre Verantwortlichkeit zunächst zu beurtheilen haben, ob und in wie weit sie unter bestimmten, gegebenen Verhältnissen noch in der Lage sind, die ihrer Aufsicht anvertrauten Pfleglinge während der Arbeit genügend im Auge zu behalten, und haben sie, insofern ihnen dies nicht mehr möglich erscheint, diese Unmöglichkeit ihren Vorgesetzten gegenüber zum Ausdruck zu bringen. Bei freiem, leicht übersehbarem Terrain und entsprechender Abgrenzung desselben, bei einer relativ geringen Zahl von Pfleglingen, bei Concentrirung derselben auf einem kleinen Gebiete ist die Ueberwachung erleichtert; bei coupirtem, nicht leicht übersehbaren, Gelegenheit zum Verstecken bietenden Areale steigern sich die Schwierigkeiten der Ueberwachung und die Gelegenheiten zum Entweichen, und ist es eine doppelt gebotene Vorsicht, dass die Arbeitsleiter und Wartpersonen die minder verlässlichen Pfleglinge in unmittelbarer Nähe um sich behalten. Die Arbeitsleiter müssen selbstverständlich ihre Signalpfeifen haben, um, ohne ihren Posten zu verlassen, bei etwaigen Entweichungsversuchen Signalrufe ertönen zu lassen.

In der Regel entziehen sich die Pfleglinge, welche einen Fluchtversuch beabsichtigen, unauffällig an günstiger Stelle der

Digitized by Google

Ueberwachung des Aufsichtspersonales, theils ohne sich hierüber zu äussern, theils unter verschiedenen Vorwänden, nachdem sie gewöhnlich schon früher das Terrain recognoscirten. Jedes Anstaltsgebiet hat seine bestimmten Punkte, die in Rücksicht ihrer Lage und Beschaffenheit besonders gerne zu Ausbruchsstellen benutzt werden.

Von den Pfleglingen, denen in Rücksicht ihrer grösseren Verlässlichkeit eine freiere Bewegung auf dem Anstaltsgebiete gestattet wurde, hat nur eine minimale Zahl Fluchtversuche unternommen und es hat sich bei gewissen Kranken das Zugeständniss freierer Bewegung als ein wesentliches psychisches Beruhigungsmittel erwiesen.

Bei manchen Kranken kann man dem von ihnen angebotenen Ehrenwort und dem mit Handschlag gegebenen Versprechen, von der ihnen gewährten Freiheit keinen Missbrauch zu machen, mit voller Beruhigung Vertrauen schenken; bei anderen, die das gleiche Versprechen geben, würde man aber enttäuscht werden; da nicht alle Kranken, auch wenn sie den besten Willen haben, das gegebene Versprechen zu halten, dieses, wenn sie sich frei fühlen, auch wirklich einhalten. Zu diesen letzteren gehören namentlich die Alkoholisten, die an Moral insanity leidenden und die Pfleglinge, bei denen die Tendenz zu Dissimulation vortritt und das Krankheitsbewusstsein nicht zum Durchbruch gekommen ist. Nur dort, wo ein lebhaftes Krankheitsbewusstsein zur Entwicklung gelangt ist und ein reges Pflicht- und Ehrgefühl besteht, kann man dem gegebenen Worte einigermaassen Vertrauen schenken.

ad B.

In einer Zahl von Fällen kamen Fluchtversuche und Entweichungen vor bei Pfleglingen, denen Ausgänge ausserhalb des Anstaltsgebietes gestattet wurden, und es ist wichtig hervorzuheben, in der überwiegenden Zahl bei Pfleglingen, denen der Ausgang in Begleitung gestattet wurde, während von jenen Pfleglingen, die ohne Begleitung einen Ausgang zu machen die Erlaubniss hatten, nur ausnahmsweise in ein paar Fällen die Kranken nicht in die Anstalt zurückkamen.

In den vorangeführten Fällen wurden die Fluchtversuche ausgeführt entweder bei Spaziergängen innerhalb des Stadtgebietes oder bei Ausflügen ausserhalb des Stadtgebietes. — Bei Spazier-

Digitized by Google

gängen innerhalb des Stadtgebietes entwichen die Pfleglinge namentlich durch Benutzung der ihnen bekannten sog. Durchhäuser, oder in sehr belebten Gassen und Stadttheilen, sowohl bei Tag, insbesondere aber in der Dämmerzeit und Abends.

Relativ am häufigsten sind bei Fluchtversuchen dieser Kategorien die Fälle vertreten, in denen die Kranken ihren Begleitern aus öffentlichen Lokalitäten, Gast- und Kaffeehäusern entwichen, indem sich die Pfleglinge in der Regel unter dem Vorwande, zur Seite gehen zu müssen, nach dem Anstandsorte begeben und durch eine dortselbst befindliche Ausgangsthür nach der Hausflur dem im Lokale vergeblich wartenden Wärter davongingen.

In mehreren Fällen kam es vor, dass die Kranken aus den Wohnungen ihrer Angehörigen, die sie zu besuchen die Erlaubniss hatten, entwichen.

In solchen Fällen kam es ein paar Mal vor, dass die Kranken im Einverständniss und unter Mitwirkung von Anverwandten und Bekannten die Entweichung bewerkstelligten, somit förmliche Entführungen ausgeführt wurden. —

In der Mehrzahl der bei Ausgängen ausgeführten Entweichungen wurden die Pfleglinge nach kurzer Zeit wieder eingebracht, meist durch die von der Entweichung sogleich in Kenntniss gesetzte Polizeibehörde. Die ausgeführten Entweichungsversuche wurden in der weitaus grösseren Zahl der Fälle theils schon im Beginne, theils im vorgeschrittenen Stadium des Versuches vereitelt; — in manchen Fällen sind aber die Entweichungen geglückt.

Das Verhalten der Pfleglinge war bei Vereitlung des Fluchtversuches ein verschiedenes. In den meisten Fällen endete der Fluchtversuch, wenn die Kranken an ein Hinderniss gelangten, z. B. an eine Abgrenzungsplanke, an einen Zaun, an die Mauer des Linienwalles und wenn sie nicht mehr Zeit fanden, über dieses Hinderniss hinwegzukommen. — Manche Pfleglinge setzten aber bei gemuthmaasster oder wirklich stattfindender Verfolgung ohne besondere Sorgsamkeit über die ihnen entgegen stehenden Hindernisse hinweg, und kamen hierbei ein paar Fälle vor, dass sich die Kranken Verletzungen zuzogen, so namentlich Kranke, die

Digitized by Google

über die Linienwallmauer hinabsprangen oder hinabfielen. Auch beim Uebersteigen der Gartenzäune hat sich mancher Pflegling durch Hinabfallen etc. mitunter Verletzungen zugezogen.

In der Mehrzahl der Fälle setzten die Entwichenen dem sie einholenden Dienstpersonale keinen energischen Widerstand entgegen — doch kamen auch einzelne Fälle vor, in denen sich die eingeholten Kranken in mehr oder minder energischer Weise zur Wehr setzten und bei der Einholung und Feststellung in förmliche Tobsuchtswuthanfälle geriethen, so dass es für das Dienstpersonal gefährliche Actionen gab, da die Kranken dabei herumschlugen, kratzten, bissen, mit den Füssen stiessen, sich am Boden wälzten, sich mit Gegenständen, deren sie habhaft wurden, zur Wehr setzten, und solche nur durch das vereinte Eingreifen mehrerer Personen überwältigt werden konnten.

Die meisten Entwichenen gingen aber nach ihrer Festnahme ohne besonderes Widerstreben zurück, mitunter verschiedene Gründe anführend, warum sie es für nothwendig hielten, zu entweichen. Gar manche erklärten, ernüchtert durch den Misserfolg, dass es eigentlich ein Unsinn gewesen sei, davon zu laufen. In den Fällen, in denen die Entweichung wirklich gelang, war das Verhalten der Entwichenen gleichfalls ein verschiedenes. In manchen Fällen kam es vor, dass der Entwichene schon kurze Zeit nach seiner durchgeführten Flucht, briefliche Mittheilung an die Anstalt erstattete, dass er wohl behalten an dem ins Auge gefassten Ziel angelangt sei, ohne den Ort anzugeben; einzelne schickten sogar Telegramme; in der Mehrzahl dieser Fälle baten die Entwichenen um Entschuldigung, dass sie sich durch Flucht aus der Anstalt entfernten und manche baten sogar, man möge die schuldtragenden Aufsichtspersonen nicht bestrafen. — Von einzelnen Kranken erhielt ich Schreiben, worin sie mir mittheilten, sie würden wieder in einigen Stunden zurückkehren, es sei eigentlich doch nicht anständig, sich auf solche Art aus der Anstalt zu entfernen.

In der Mehrzahl der Fälle gaben aber die Entwichenen kein Lebenszeichen von sich, und wurden manche derselben erst nach kürzerer oder längerer Zeit, einzelne wenige gar nicht mehr eruirt. Die Mehrzahl der Entwichenen begab sich unmittelbar nach der Entweichung direct oder auf Umwegen zu ihren Angehörigen und Bekannten, manche aber vermieden es, die Wohnungen ihrer An-

Digitized by Google

gehörigen oder derjenigen Bekannten aufzusuchen, deren Aufenthalt in der Anstalt bekannt war. — Einzelne Pfleglinge unternahmen weitere Touren, theils zu Fuss, einige, die sich vor oder nach ihrer Entweichung Geld zu verschaffen wussten, selbst weitere Reisen, indem sie Eisenbahnen und sonstige Fahrgelegenheiten benutzten. Die meisten Entwichenen, die weitere Touren unternahmen, suchten sich durch Verkaufen der mitgenommenen Kleider Geld zu verschaffen oder durch Betteln. Einige Fälle kamen vor, dass die betreffenden Kranken vor ihrer Entweichung durch Entwenden von mehr oder minder werthvollen Gegenständen und Geld sich die nothwendigen Subsistenzmittel verschafften. Die meisten Entwichenen wurden theils durch die entsendeten Anstaltsorgane wieder eingebracht, theils durch die Polizeiorgane, mehrere durch ihre Angehörigen oder Bekannten, manche kehrten nach Verbrauch des mitgehabten Geldes selbst in die Anstalt zurück, oder verübten einen Excess im Trinken und wurden polizeilich aufgegriffen. Von Interesse ist es, dass einzelne sich ausserhalb der Anstalt, jedoch in nächster Nähe derselben in Branntweinschänken und Gasthäusern oder sonstwo herumtrieben in solcher Art, dass man bei Vorhandensein normaler Ueberlegungsfähigkeit annehmen musste, dass sie von den Anstaltsbediensteten in kürzester Zeit entdeckt werden dürften. Einzelne Pfleglinge begaben sich in eine der anderen Landes-Irrenanstalten, nach Ibbs oder Klosterneuburg, um sich dort aufnehmen zu lassen. — Ein Pflegling der zur Sommerszeit entwichen war, kam durch etwa 8 Nächte hindurch, nachdem er sich bei Tag auswärts herumgetrieben hatte, jeden Abend über den Linienwall auf das Anstaltsgebiet zurück, um sehr zeitig Morgens im Schwimmbassin der Anstalt zu baden, und wurde, nachdem man auf diese nächtlichen Besuche des Bades aufmerksam geworden war, endlich festgenommen, und man war sehr überrascht, in dem Ergriffenen den abgängigen Entwichenen zu erkennen. Die Alkoholisten begaben sich der Mehrzahl nach in die Branntweinschänken und Gasthäuser, betranken sich und wurden in mehr oder weniger angetrunkenem Zustand wieder zurückgebracht, nachdem sie sich theils hierdurch, theils durch Verübung von Excessen bemerkbar gemacht. Einzelne der Entwichenen machten sich durch auffällige Handlungen und Unterlassungen auffällig. — Einige dieser Kranken begaben sich zu Behörden, um Klage zu führen über ihre ver-

Digitized by Google

meintlich widerrechtliche Internirung, andere suchten Privatpersonen auf, zu denen sie entweder besondere Neigung oder gegen die sie besondere Abneigung fühlten, und die sie mit ihren abnormen Sensationen, Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen in Verbindung brachten. — Von einzelnen der Entwichenen wurden unter dem Einfluss ihrer Wahnvorstellungen oder in Folge von Berauschung verschiedene gesetzwidrige Handlungen verübt, so namentlich polizeiliche Uebertretungen, Lärmen, Schreien, Raufexcesse, weiterhin Wachbeleidigung, Widersetzlichkeit gegen die öffentlichen Sicherheitsorgane, Majestätsbeleidigung, Religionsstörung, öffentliche Gewaltthätigkeit durch gefährliche Drohung, durch Zerstörung von Gegenständen, durch feuergefährliche Handlungen, durch Entwenden fremden Eigenthums, durch Unsittlichkeitsakte u. dergl.

Die Erfahrung lehrt, dass einzelne aus Irrenanstalten entwichene Geistesgestörte unter dem Einfluss ihres gestörten Zustandes selbst einzelne oder mehrere Personen mehr oder minder schwer verletzten, unabsichtlich oder selbst absichtlich tödteten, sowie auch die Fälle nicht vereinzelt stehen, dass die aus einer Irrenanstalt entwichenen Pfleglinge unmittelbar oder kürzere oder längere Zeit nach ihrer Entweichung Selbstmordversuche ausführten oder wirklich durch Selbstmord endeten. Ja, die Erfahrung lehrt, dass manche solche Kranke ganz speciell aus dem Grunde aus der Anstalt entwichen, um ausserhalb der Anstalt den Selbstmord auszuführen, nachdem sie in der Anstalt durch die Ueberwachung daran gehindert worden sind. In manchen Fällen kommt es vor, dass die entwichenen Kranken gar nicht mehr aufgefunden werden und dass man wohl annehmen muss, dass diese Kranken durch Selbstmord geendet oder verunglückt sind.

Unter den aus der Wiener Landes-Irrenanstalt Entwichenen findet sich ein Fall vor, in dem man über den bei einem Spaziergange Entwichenen gar Nichts weiter erfuhr und die Annahme gerechtfertigt erscheint, dass derselbe seinem Leben in solcher Weise ein Ende gemacht hat, dass auch seine Leiche nicht mehr aufgefunden werden konnte.

Da man bei Geistesgestörten, sei es, dass sie in Privatpflege oder in Anstaltspflege sich befinden, immer den möglichen Fall im Auge behalten muss, dass der Kranke einen Fluchtversuch ausführt, ist es eine gebotene Vorsichtsmaassregel, von vorne herein

Digitized by Google

alle jene administrativen Vorkehrungen zu treffen, welche in einem Entweichungsfalle die Habhaftwerdung erleichtern und ermöglichen. In dieser Beziehung ist es angezeigt, dass in der Krankheitsgeschichte eines jeden Pfleglings eine möglichst genaue Personsbeschreibung enthalten ist, unter Beifügung aller jener besonderen Kennzeichen, welche die Agnoscirung im Entweichungs- oder Verunglückungsfalle des Pfleglings ermöglichen. In zweiter Linie ist in jeder Anstalt ein möglichst genaues Adressenbuch zu führen, in welchem die Namen und Wohnorte derjenigen Personen, mit denen ein einzelner Kranker in näherer Beziehung steht oder stand, aufgezeichnet erscheinen. — Die Führung dieser Adressbücher ermöglichte es in einer Reihe von Fällen Anstaltsbedienstete zu jenen Partheien zu senden, zu denen sich entwichene Pfleglinge begaben, und in manchen Fällen kamen die Anstaltsbediensteten noch vor dem entwichenen Patienten dort an, der allerdings dann sehr überrascht war, daselbst bereits durch ein Anstaltsorgan betreten zu werden. In dieser Beziehung ist dem Wartpersonale eine wichtige Aufgabe gestellt, die allerdings scheinbar auf eine mehr polizeiliche Thätigkeit hinausläuft, die aber in ihrem Endzweck doch nur die Sicherung der Geistesgestörten und der Gesellschaft zum Zwecke hat. Ein umsichtiger Krankenpfleger wird daher bei zu Fluchtversuchen geneigten Pfleglingen ganz unauffällig jene Personen und Lokalitäten zu erforschen trachten, die jeder einzelne der seiner Obhut anvertrauten Pfleglinge früher häufiger zu besuchen pflegte oder im Entweichungsfalle muthmaasslich aufsuchen dürfte. Durch die genaue Führung dieser Adressbücher wurden schon manche für Kranke und andere Personen bedeutungsvolle Unzukömmlichkeiten hintangehalten. Dass zur Agnoscirung von entwichenen Pfleglingen unter Umständen eine Photographie desselben zweckdienlich sein kann, bedarf keiner besonderen Erwähnung.

Insofern manche Pfleglinge notorisch zu Fluchtversuchen geneigt sind, ist es mitunter eine gebotene Vorsichtsmaassregel, solche Kranke nicht ihre eigenen, unauffälligen Kleider tragen zu lassen, sondern Anstaltskleider oder solche, die in Schnitt und Stoff auffälliger sind, zu verabfolgen, oder solche Kleider, die das schnelle Laufen erschweren.

Auch darüber soll Aufzeichnung geführt werden, welche Kleider und Wäschstücke der Kranke trägt, um auch hierüber im Ent-

Digitized by Google

weichungsfalle den Sicherheitsbehörden Mittheilung erstatten zu können.

Das Krankenpflegepersonal einer Anstalt muss selbstverständlich genau geschult werden in Bezug des Verhaltens einerseits, um auf zu Fluchtversuchen geneigte Pfleglinge unauffällig besonders Acht zu haben, um rechtzeitig die etwaigen Absichten und Vorbereitungen zu einem Fluchtversuche zu erforschen, dieselben im Ausführungsfalle zu verhindern, und bei gelungener Flucht ungesäumt jenen Verpflichtungen nachzukommen, die das Habhaftwerden des Entwichenen ermöglichen.

In allen Fällen, in denen der Geisteszustand des Entwichenen ein solcher ist, dass man zu besorgen hat, dass der Kranke sich oder anderen in irgend welcher Richtung Gefahr bringen oder Schaden zufügen könnte, ist ungesäumt an die competente Polizeibehörde und die sonstigen competenten Behörden die Anzeige zu erstatten, unter Beifügung aller jener Daten, die etwa dazu dienen können, die Wiederauffindung des Entwichenen zu erleichtern. Ebenso sind auch die Angehörigen, die Curatoren der Stadt und auch jene Personen in Kenntniss zu setzen, denen ein entwichener Pflegling gefährlich werden könnte. Durch die Publication in öffentlichen Blättern wird in manchen Fällen das Habhaftwerden eines entwichenen Pfleglings unterstützt, da manche Personen hierdurch von der Entweichung Kenntniss erhalten, die dann in der Lage sind, falls sie zufällig etwas von dem Aufenthalt des betreffenden Kranken erfahren, dies der Polizei oder der Anstalt mitzutheilen.

Allerdings giebt es auch Leute, die aus verschiedenen Gründen bei der Einbringung eines entwichenen Kranken nicht unterstützend mitwirken, im Gegentheile die Wiedererlangung des Kranken zu vereiteln suchen — die es direct abläugnen, von dem Aufenthaltsort des Entwichenen Kenntniss zu haben, die den Entwichenen geradezu behilflich sind, sich zu verbergen, sich der Betretung zu entziehen, die solchen Kranken durch Verabfolgung von Kleidern, von Geld und dergl. behilflich sind, sich den Nachforschungen zu entziehen und dieselben zu vereiteln. In manchen Fällen geschah es aus Furcht vor den Kranken, besonders bei zu Gewaltthätigkeitsacten geneigten, an Moral insanity leidenden Kranken. Namentlich in einer Grossstadt müssen in einem Entweichungsfalle eines ge-

Digitized by Google

fährlichen Geistesgestörten Sicherheitsbehörde und Anstaltsorgane, wie auch die öffentlichen Blätter und das Publikum zusammenwirken, um die Wiedereinbringung eines solchen Geistesgestörten zu ermöglichen, und ist dies ebenso im Interesse des Kranken, wie im Interesse der Gesellschaft gelegen. Dies gilt nicht blos bezüglich der Geistesgestörten, die in einer Anstalt internirt sind, sondern auch bezüglich der in Privatpflege befindlichen Geistesgestörten und man muss es als eine im Interesse der öffentlichen Sicherheit, wie im Interesse des Rechtsschutzes gelegene Verfügung der k. k. Wiener Polizeidirection betrachten, dass selbe die Anstaltsdirectionen ersucht, ihr alle innerhalb des Polizeirayons als ungeheilt aus Privatpflege entlassenen Geistesgestörten bekannt zu geben, um so eine wirksame Ueberwachung aller innerhalb des Polizeirayons in Privatpflege befindlichen Geistesgestörten zur Durchführung bringen zu können. Bei Durchführung einer rationellen polizeilichen Ueberwachung der in Privatpflege befindlichen Geistesgestörten könnte mancher schwere Unglücksfall hintangehalten werden. In den meisten Orten wird aber bezüglich der in Privatpflege befindlichen Geistesgestörten gar keine polizeiliche Ueberwachung geübt, werden diese Kranken nicht einmal in besonderer Evidenz gehalten, geschweige denn darüber eine Controle geübt, ob selbe entsprechend untergebracht, verpflegt und ihrem Zustand gemäss überwacht und verwahrt werden. Es ist daher nothwendig, auf diese Verhältnisse hinzuweisen, und zwar umsomehr, da auch Seitens der als Curatelsbehörde fungirenden Gerichtsbehörde über solche, unter Curatel stehende und unter Curatel gehörende Geistesgestörte vielfach gar keine Notiz genommen wird, und es bezüglich mancher Fälle nur als eine Phrase anzusehen ist, wenn es im bürgerlichen Gesetzbuche heisst, dass die mit Gebrechen des Geistes behafteten Personen unter den besonderen Schutz des Gesetzes gestellt seien. Worin dieser besondere Schutz des Gesetzes bestehen soll, und wie derselbe den betreffenden Personen zugewendet werden soll, wenn man nicht einmal davon Kenntniss hat, ob in einem Orte solche eines besonderen Schutzes bedürftige und falls, wo dieselben existiren, ist dann allerdings schwer abzusehen. —

Es liegt in der Natur der Verhältnisse, dass die Entweichung eines Geistesgestörten aus seinem Verpflegungsorte, sei es aus privater oder aus Anstaltspflege mitunter Gegenstand disciplinarer

Digitized by Google

oder selbst strafgerichtlicher Behandlung abgiebt, andererseits sich an solche Fälle auch wichtige Rechtsfragen knüpfen und daher die näheren Verhältnisse, die bezüglich der Entweichung von Geistesgestörten in Betracht kommen, nicht blos für die Irrenärzte und Angestellten der Irrenanstalten, sondern überhaupt für alle Personen Bedeutung haben, welche Geistesgestörte in Verpflegung halten, dann aber auch für alle öffentliche Angestellten, die. theils ein ihrem Wirkungskreise als Administrativ-, Polizei-, Sanitäts- oder Gerichtsbeamten in derartigen Fällen zu interveniren berufen sind.

In psychiatrischer administrativer forensischer Hinsicht sind die Entweichungen von Geistesgestörten namentlich in nachbenannten Leistungen von besonderer Bedeutung. Zunächst vom strafgerichtlichen Standpunkt, in wiefern etwa diejenigen Personen, durch deren Verschulden ein Geistesgestörter entwich, und selbst Schaden erlitt und andere Personen beschädigt hat, strafgerichtlich zur Verantwortung zu ziehen sind, weiterhin, insofern es sich um die Zahlungsleistung seiner Auslagen handelt, die sich als die unmittelbare Folge der Entweichung ergeben, und endlich insofern durch die Verunglückung oder den Selbstmord entwichener Geistesgestörter Rechtsansprüche der Hinterbliebenen gegenüber von Lebensversicherungsanstalten gefährdet erscheinen. Aus diesen hier gegebenen Andeutungen ist wohl ersichtlich, in welch verschiedenen Richtungen die Fluchtversuche und Entweichungen geistesgestörter Personen ein practisches Interesse bieten, nicht blos für den Irrenarzt und für die Anstaltsangestellten der verschiedenen Kategorie, sondern auch für weitere Kreise, und dass es gewiss von Interesse ist, dieses Vorkommniss nach den verschiedensten Richtungen hin eingehend in Betracht zu ziehen und hierdurch manche bisher vielleicht noch nicht genügend klargestellte Verhältnisse klarer zu stellen. — Der in manchen Fällen scheinbar bedeutungslose objective Thatbestand eines Fluchtversuches oder einer wirklich gelungenen Flucht bietet für den Irrenarzt bezüglich der subjectiven Begründung ein interessantes Object der Erforschung und wird der materielle Irrenarzt gerade in solchen Fällen die Wichtigkeit der individualisirenden, psychischen Behandlung solcher Kranker zu würdigen lernen. Gar mancher für den Laien oder oberflächlichen Beobachter scheinbar interesselose Fall

Digitized by Google

gewinnt für den weiterblickenden Arzt eine besondere Bedeutung, wenn die Frage entgegentritt: ob und in welchem Maasse einem zu Fluchtversuchen geneigten Geistesgestörten eine vom hygienisch-psychiatrischen Standpunkt gebotene freiere Bewegung gestattet werden kann oder nicht, und es ist gewiss eine der schwierigsten Fragen, die speciell an den Vorstand einer Irrenanstalt herantritt, in solchen Fällen den Anforderungen der Humanität, der Wissenschaft und der Sicherheit in entsprechender Weise gerecht zu werden.

Es ist so leicht, in solchen Fällen irgend Jemandem wegen vermeintlicher Pflichtunterlassung ein Verschulden zur Last zu legen. Die Gerechtigkeit fordert es aber, in solchen Fällen mit voller Objectivität alle Momente in Betracht zu ziehen, die bei der Handlung eines bestimmt Geistesgestörten in die Wagschale fallen. Nur so ist es möglich ein gerechtes Urtheil zu fällen für den Anstaltsdirector, wenn er untergeordnete Bedienstete anlässlich der Entweichung eines Geistesgestörten disciplinar zu behandeln hat — für den Richter, wenn er gegen vermeintlich Schuldtragende strafgerichtlich vorgehen muss, für den Civilrichter bei der Entscheidung von Processen über Entschädigungsklagen und Schadloshaltungsansprüchen.

Der Fluchtversuch und die wirklich gelungene Entweichung bietet aber in Rücksicht ihrer subjectiven Begründung ein besonderes Interesse, insofern, wie schon erwähnt, die Neigung und der Drang zu Fluchtversuchen und Entweichungen bei gewissen Formen der geistigen Störung häufiger vortritt, dann aber die verschiedenen Individualitätsverhältnisse der Kranken und die verschiedenen äusseren Verhältnisse, unter denen der Geistesgestörte lebt und verwahrt wird, einen wesentlich maassgebenden Einfluss üben auf die Art und Weise der Einleitung und Durchführung mancher Flucht- und Entweichungsversuche; dass Detailstudien in dieser Beziehung auch von Bedeutung sind bezüglich der baulichen und inneren Einrichtung eines Irrenasyles, bezüglich der Organisation des inneren Anstaltsdienstes, bezüglich der Handhabung des in einer Irrenanstalt so wichtigen Sicherheitsdienstes, und dass, um in dieser Beziehung Brauchbares zu leisten, reiche und psychiatrische Erfahrung nothwendig ist, bedarf wohl keiner weitläufigen Erörterung, dass in einer Irrenanstalt der Sicherheitsdienst nur unter

Digitized by Google

der Voraussetzung ordnungsmässig gehandhabt und erfolgreich durchgeführt werden kann, bei einheitlicher Leitung der Administration durch den Anstaltsdirector, bedarf für urtheilsfähige Personen wohl gleichfalls keiner weiteren Begründung [1]).

---

[1]) Der Verf. des vorstehenden Aufsatzes ist, nachdem schon mehrere Correcturbogen ihm zugesendet waren, unerwartet, wenn auch nach längerer Krankheit, zu früh für die Wissenschaft und das österreichische Irrenwesen, für seine Freunde und Familie gestorben. Es dürfte der letzte Aufsatz sein, der von seiner fleissigen Feder niedergeschrieben ist und deshalb um so werthvoller bleiben wird. Red.

Digitized by Google

Aus Aegypten.

Von

Prof. Dr. E. Mendel

in Berlin.

Bei meiner Anwesenheit in Cairo im März d. J. hatte ich auch Gelegenheit, die dortige Irrenanstalt zu besuchen. Es ist die einzige Anstalt, die Aegypten bei einer Einwohnerzahl von ca. 6 Millionen besitzt. Sie liegt vor den Thoren von Cairo bei einem 1849 von Abbâs-Pascha angelegten Orte: Abbâsiye, umgeben von dem Sande der Wüste.

Das Gebäude selbst erinnert in Bezug auf seine Zimmer und Corridore an unsere alten Klöster: das Aeussere ist wenig verlockend; wie ein grosser Theil der öffentlichen Gebäude in Aegypten, hier und da den Eindruck des Verfallens machend, da man Repariren da, wo ein Stein lose ist, oder wo die Bekleidung der Mauern abfällt, in Aegypten im Allgemeinen nicht zu lieben scheint.

In Bezug auf die innere Einrichtung und den Zustand der Kranken waren meine Erwartungen nach dem, was ich vorher von Aerzten und Beamten in Cairo gehört, nicht gerade hochgespannte. Man hatte mich auf den ärgsten Schmutz vorbereitet, auf Ketten und Zwangsjacken, mit denen die Kranken behandelt würden, und wenn es in der That wohl noch nicht allzu lange her ist, als dieses Irrenhaus ein wahres Schreckenshaus war (die betreffenden Marterinstrumente sind noch vorhanden und werden gezeigt), so kann ich doch hier gleich sagen, dass jene Schilderungen auf den jetzigen Zustand nicht passen. Zum grössten Theil darf man wohl diese Verbesserungen auf Rechnung des dirigenden Arztes der Anstalt: Dr. ***Bruno Battaglia*** schieben, eines italieni-

Digitized by Google

schen Arztes, in dem ich einen Collegen fand, der nicht blos ein vollständiges Verständniss für seine Aufgaben als Director einer Irrenanstalt hatte, sondern auch, wie ich aus vielfachen Unterhaltungen sah, mit der neuesten psychiatrischen Literatur Europa's vollständig vertraut war.

Die Erfüllung seiner Aufgaben als Director ist ihm allerdings bei der Schwierigkeit der ägyptischen Finanzen nicht leicht gemacht, vor Allem aber auch deswegen schwer, weil er nicht in der Anstalt wohnen kann (es wohnt überhaupt kein Arzt dort), und bei ungenügender Besoldung als Chefarzt nebenbei in der Stadt der Praxis nachgehen muss. Ich war nicht wenig erstaunt, bei meiner Rückkehr im British med. Journal (April 18., 1885) über dieses Irrenhaus in einem Briefe aus Cairo die Bemerkung zu finden, dass „ein energischer und gut informirter junger Engländer, der sich auf Organisation und Direction von Irrenanstalten versteht," hier wohl im Stande wäre, Wandel zu schaffen, nachdem auch in diesem Briefe vorher die Verbesserungen, die angebahnt und durchgeführt worden waren — selbstverständlich angeblich nur durch einen Engländer, Herrn *Sandwith*, dem früheren Subdirector des Sanitätsdepartements — anerkannt worden waren.

Bei aller Hochachtung vor den englischen Collegen und aller Anerkennung der Einrichtungen der englischen Irrenanstalten dürfte Herr Dr. *Battaglia* die Sache ebenso gut verstehen, wie jener „junge Engländer", und würde sie ebenso gut durchführen, wenn man ihm nur die Mittel gäbe, um die er schon längst petitionirt hat, und die ihm nur zum Theil gewährt worden sind. Ich kann dabei die Bemerkung nicht unterdrücken, dass ich bei aller Vorliebe für englische Verhältnisse doch den Eindruck in Aegypten erhalten und diesen von den verschiedensten Seiten der dort wohnenden Europäer wie der Eingeborenen bestätigt gefunden habe, dass die Engländer bisher wenigstens für Aegypten recht wenig gethan haben, ja Verbesserungen, die von anderer Seite dort geplant und zur Durchführung gebracht werden sollten, verhindern.

Es ist eine unzweifelhafte Thatsache, dass die Engländer, die nach der Einnahme von Alexandrien von allen Seiten auf das Freudigste begrüsst wurden, jetzt ebenso auf allen Seiten — ohne Unterschied der Nationalität — die bestgehasstesten Gäste sind.

Digitized by Google

Doch zurück zur Irrenanstalt.

Das Innere fand ich durchaus sauber, die Einrichtung der Zimmer allerdings sehr primitiv. Es befindet sich nichts in den von kahlen Wänden umschlossenen Räumen als breite hölzerne Bettstellen, auf denen eine grosse Anzahl der Kranken während des Tages herumhocken, soweit sie sich nicht auf den Corridoren bewegen.

Wenn man jedoch die Wohnung eines ägyptischen Bauern, eines Fellah, gesehen, in der sich auch nicht einmal jene Bettstelle findet, wo die aus Nilschlamm gefertigten Wände nur mit massenhaftem Ungeziefer besät sind, wird man den Aufenthalt in den reinlichen Räumen der Irrenanstalt für einen Fellah immer noch als einen Fortschritt zu grösserem Comfort ansehen müssen.

Die Kranken selbst sind gekleidet wie die Fellahs, ein langes, weites Hemd, meist von blauer Farbe, macht in der Regel ihre ganze Garderobe aus, aber auch dieses sah sauber und reinlich aus; ebenso wie der Körper der Kranken ebensowohl auf die Pflege der Haut, wie auf eine entsprechende Ernährung hinwies.

In Bezug auf die Kosten mag erwähnt werden, dass nach der mir von Herrn Dr. ***Battaglia*** gegebenen Berechnung der Kranke einen täglichen Aufwand von 4 Piaster 10 Para erfordert (1 Fr. 10 Ctm. = 90 Pfennige), ein nicht hoher Preis, wenn man bedenkt, dass es in Cairo durchaus nicht billig ist, und dass in dieser Summe Beköstigung, Bekleidung, Wartepersonal und die Medicamente enthalten sind.

Dabei will ich noch bemerken, dass eine Pensionsklasse in der Anstalt nicht besteht (ebensowenig eine Privatirrenanstalt in Aegypten), dass daher, wenn bei Wohlhabenden die Nothwendigkeit der Aufnahme in die Irrenanstalt eintritt, auch diese, ebenso wie die Armen, unentgeltlich auf Kosten des Staates verpflegt werden.

Verletzungen, Othaematome u. s. w. habe ich, trotzdem ich speciell darauf geachtet, nicht gesehen. Allerdings sind die Kranken auch mit wenigen Ausnahmen ruhig, apathisch. Nur zwei Paralytiker brachten etwas mehr Leben in die grosse Stille: der eine war der „Mahdi", der sich entsprechend seiner göttlichen Mission in bunter Weise ausstaffirt hatte und seine Schriftstücke producirte, der andere „Mohamed", der jenen mit einer gewissen Verachtung behandelte, und eine Anzahl der Kranken um sich versammelte.

Digitized by Google

Die Zahl der Kranken beträgt ca. 280.

Ich gebe nach einer mir von Herrn Dr. *Battaglia* gütigst zur Disposition gestellten Statistik den Krankenstand, wie er am 1. Januar 1884 war mit den einzelnen Formen der geistigen Störung.

			Männer.			Frauen.			Total.		
Psychosen erworbene	Intoxi-cat.	congenitale: Idiotie	5			2			7		
		congenitale: Imbecillitas	11	16		1	5		12	21	
		congenitale: Taubstummheit	—			2			2		
		Alkohol	8			—			8		
		Syphilis	5	88		1	1		6	89	
		Haschisch	75			—			75		
	einfache	Manie: acute	10			2			12		
		Manie: chronische	22	32		9			31	43	
		Melancholie	15		107	3		54	18		278
		Dementia: acute	4		224	—	47		4	154	
		Dementia: chronische	56	60		30			86	90	
		Hysterische Psychosen	—			3			3		
	compli-cirte	Progr. Paralyse	2			—			2		
		Folie à double forme	4	13		—	1		4	14	
		Epilept. Psychosen	7			1			8		

Die Aufnahme im Jahre 1884 betrug 460, und zwar 367 Männer, 93 Frauen, unter denen 120 Männer, keine Frau wegen Haschischintoxication, 13 Männer 1 Frau wegen Alkoholdelirium, 6 Männer, keine Frau wegen progressiver Paralyse.

Entlassen wurden im Jahre 1884 403 Kranke (von den Haschischintoxicationen 94 geheilt, 27 gebessert, 38 ungeheilt.

Von den Krankheiten haben die Intoxicationen mit Haschisch für uns das grösste Interesse, da wir sie in unseren Anstalten nicht kennen lernen. Die Zahl derartiger Kranken ist eine sehr grosse, unter den Männern macht sie etwa $^1/_8$ (120 von 367) aller Aufgenommenen aus. Dr. *Battaglia* bemerkt aber noch, dass auch unter den als „Imbecill" Verzeichneten eine Anzahl sich befindet, bei denen der Haschischmissbrauch die nächste Ursache der Verschlimmerung der bestehenden Psychose und der Nothwendigkeit der Aufnahme in die Anstalt war. Man kann übrigens in Cairo die Haschischintoxication leicht in allen Stadien beobachten, obwohl der Verkauf von Haschisch mit Gefängnissstrafe, der Genuss mit Geldstrafe bedroht ist. Aber unter den Augen der Polizei finden sich in Cairo eine ganze Anzahl kleiner Butiken,

Digitized by Google

in denen den Gästen (ca. 8—10 in einem engen Raum) der Haschisch verkauft wird, den sie sofort geniessen. Er wird in kleinen festen schwarzbraunen Stückchen, die wie Chokolade aussehen, gereicht, in die Cigarette, die Pfeife oder den Nargileh gesteckt. Je nach der Dauer und Stärke der Einwirkung sitzt der Eine, eintönige arabische Lieder vor sich hinsingend, augenscheinlich im Gefühl grossen Behagens auf der harten hölzernen Bank, dem Andern wird bereits bei seinem Gesang die Zunge schwer, der Dritte wiederholt nur ab und zu einige Worte der noch munteren Sänger, die Andern schlafen bereits fest mit verlangsamter Respiration und leicht beschleunigtem Puls.

In der Irrenanstalt bieten die Haschischdeliranten in der Mehrzahl der Fälle einen Zustand hochgradiger Apathie ohne deutlich nachweisbare Lähmungssymptome. Die schlaffen ausdruckslosen Gesichtszüge lassen auch kaum vermuthen, dass hier noch etwa mächtige Hallucinationen und Delirien bestehen; es macht aber einen eigenthümlichen Eindruck, wie der anscheinend für die Umgebung wie für jede Zusprache vollständig theilnahmlose Patient bei dem Worte „Haschisch" seine Gesichtszüge zu einem Lächeln verzieht und in ihnen das Wohlbehagen der Erinnerung ausdrückt.

Gegenüber der grossen Bedeutung des Haschisch als ätiologischen Momentes für Psychosen, sinkt in Aegypten die Bedeutung des Alkohol nach dieser Richtung. Nur 14 (13 M. 1 Fr.) von den 460 im Jahre 1884 aufgenommenen Patienten litten an Alkoholdelirium. Nicht blos die Religion, sondern vor allem das Klima sind wohl der Einführung des Alkohols als Genussmittel widrig.

In der europäischen Türkei hat sich trotz der muselmännischen Bevölkerung der Abusus spirituosorum erheblich vermehrt. Als mich vor einigen Jahren Dr. *Mongeri* in Constantinopel in die Irrenanstalt führte (sie liegt auf der asiatischen Seite in Skutari) erzählte er mir, dass, als er 30 Jahre früher nach Constantinopel gekommen, die Psychosen bei den in die Irrenanstalt aufgenommenen Türken zum grossen Theil vom Abusus des Opium, bei den Christen vom Alkoholmissbrauch kamen, dass sich aber im Laufe der Zeit das Verhältniss umgekehrt hätte: jetzt kämen die Christen wegen Abusus der Morphiuminjectionen, die Türken wegen Alkoholismus in die Anstalt.

Digitized by Google

Diese Erfahrungen dürften nicht ohne Werth sein in Bezug auf Bestrebungen, die einem Volke ein Reizmittel, ohne ihm ein anderes dafür zu geben, nehmen wollen. Es wird sich im Wesentlichen immer nur darum handeln können, an Stelle eines schädlichen ein weniger schädliches zu setzen. Ist der Alkohol oder der Haschisch schädlicher?

Diese Frage beantwortete mir ein Haschisch rauchender Droschkenkutscher in einer jener Haschischkneipen. Ich machte ihm, auf die schlafenden und besinnungslosen Gestalten zeigend, Vorhaltungen darüber, dass das ägyptische Volk sich diesem verderblichen Genuss hingäbe. Er antwortete mir sehr kurz: Bei Euch trinken die Leute Schnaps und prügeln sich dann, wir rauchen Haschisch und thun Niemandem etwas.

Strammoniumvergiftungen hat Dr. *Battaglia* ebenfalls häufig beobachtet. Er sah wiederholt die acute Form, die zur Begehung von Verbrechen von Dritten erzeugt wird. Es gesellt sich auf der Strasse Jemand zu einem; bietet diesem im weitern Gespräche etwas zu essen an, in dem sich Strammonium befindet; ist der Betreffende dann durch das genossene Gift bewusstlos geworden, dann beraubt ihn der Geber und lässt ihn liegen. Die Polizei, die ihn findet, bringt den Betäubten ins Irrenhaus.

Von den übrigen Formen psychischer Störung könnte noch auffallen die geringe Zahl der Paralytiker (Bestand am 1. Januar 1884 nur 2 Männer). Trotzdem möchte ich glauben, dass die progressive Paralyse nicht selten in Aegypten, besonders in den höheren Ständen ist, wenigstens hatte ich in der kurzen Zeit meines Aufenthalts dort bei Gelegenheit von Privatconsultationen 3 solche Fälle in arabischen Familien zu sehen (2 M., 1 Fr., letztere wohl durch Abusus Fol. nicot. erkrankt); aber die Paralyse verläuft hier ebenso, wie anscheinend auch die übrigen Psychosen, im Allgemeinen in der ruhigen dementen Form; es kommt im Allgemeinen nicht zu Excessen, die eine Sequestrirung erfordern; die Kranken bleiben in der Familie.

Die Mortalität der Kranken ist im Ganzen gering: sie beträgt 5,96 pCt. Todesfälle durch Phthisis, die in den Mortalität-Statistiken unserer Irrenanstalten eine so grosse Rolle spielen, sind hier beinahe unbekannt. Im Uebrigen sind auch von Infectionskrankheiten nur 2 tödtliche Fälle von Typhus (die mit dieser

Digitized by Google

Krankheit in die Anstalt kamen) und 8 Fälle von in der Anstalt entstandener Dysenterie verzeichnet.

Das, was mir besonders für die Zukunft zu erstreben scheint, ist eine angemessene Beschäftigung der Kranken; ich glaube, dass sie bei dem ruhigen Verhalten der Kranken leicht durchzuführen sein wird, und bin überzeugt, dass auch der jetzige Chefarzt der Anstalt sehr wohl dieselbe in entsprechender Weise ins Werk zu setzen im Stande ist, wenn er bei der vorgesetzten Behörde die entsprechende Unterstützung findet.

Digitized by Google

Zur Casuistik der Hirntumoren. — Ein Beitrag zur Kenntniss der Gehirnlocalisationen.

Von

Dr. Th. Saelan,

Director der Irrenanstalt zu Lappwik bei Helsingfors in Finnland.

Ein Fall einer solitären Geschwulst im Gehirne. Melancholia agitans; hallucinationes auditus; contractura manus et digitorum sinistr. Mors. Autopsia: tumor sarcomatosus Durae matris supra gyrum centralem posteriorem (g. parietalem ascendentem) dextrum in parte tertia media.

Patient, 1846 geboren, Beamter, verheirathet, stammte von einer psychopathischen Familie her. Der Vater, obgleich eigentlich nicht psychisch gestört, war ein Sonderling, streitsüchtig und liebte Processe zu führen; seine Mutter hat zwei Anfälle einer leichten Melancholie durchgemacht; ein Stiefbruder des Pat. geisteskrank; eine Stiefschwester hysterisch und in hohem Grade excentrisch; ein leiblicher Vetter väterlicher Seite periodisch geisteskrank. Pat. selbst in der Kindheit gesund und normal entwickelt, aber mit etwas schwieriger Fassungsgabe; wurde in der Erziehung ziemlich verwöhnt; litt mit 15—16 Jahren an gelinder Melancholie, von welcher er nach einigen Monaten genas, ohne dass es nöthig wurde ihn aus der Familie zu entfernen. Sonst körperlich gesund, ausser dass er sich im Jahre 1867 Lues zuzog. Heirathete im Jahre 1871; hat in der Ehe 5 Kinder gezeugt, von denen 3 leben und gesund sind; zwei sind im Alter von 4—5 Jahren gestorben. Seine ehelichen Verhältnisse waren übrigens glücklich. Das Gemüth des Pat. war auch in seinem gesunden Zustande sehr unruhig; er verhielt sich nicht lange still am selben Orte, konnte auch

Digitized by Google

im Gespräche sich nicht lange bei einem Gegenstande aufhalten, sondern ging ziemlich unmotivirt zu andern über, welche ihm plötzlich in den Sinn kamen; übrigens fröhlich und geschäftig, besuchte gern Gesellschaften. Die letzte Zeit vor dem Erkranken war Pat. von Arbeit überbürdet gewesen, hatte sich unmässig angestrengt und deswegen oft die Nächte durchgewacht, gewöhnlich blos drei Stunden des Nachts geschlafen. Im December 1877 äusserte sich bei Pat. ein überreizter Zustand; er wurde mehr als gewöhnlich unruhig, misstrauisch, furchtsam, weinte leicht und konnte zuletzt nicht mehr seinen Dienst versehen, sondern musste Urlaub begehren.

Im Januar 1878, als ich Gelegenheit hatte, Pat. zu sehen, klagte er über „Druck auf dem Scheitel", „Spannung am Hinterkopfe", „Ohrensausen und Blutandrang zum Kopfe", fühlte jedoch dabei keinen eigentlichen Kopfschmerz, litt daneben an Schlaflosigkeit, starker Unruhe und Angst, kam leicht ins Weinen, fürchtete geisteskrank zu werden, bildete sich ein an Folgen seiner früheren luetischen Erkrankung zu leiden, obgleich keine sichtbaren Zeichen derselben bemerkt werden konnten, weder jetzt noch überhaupt seit der Heirath. Sonst war das Sensorium frei, sein körperliches Befinden und die Ernährung gut. Im Februar klagte Pat. über ein Gefühl von Zittern im linken Arme und Beine, sowie ein prickelndes Gefühl in der linken Hand und in den Fusssohlen; dabei war die Unruhe und die Angst grösser, und er fühlte ein Bedürfniss sich zu bewegen und „hinaus zu stürzen". Die Sensibilität und Motilität waren normal. Pat., welcher fortwährend an Folgen der Lues zu leiden wähnte, drang eifrig darauf ein Reise nach Aachen machen zu dürfen, um sich dort einer specifischen Behandlung zu unterwerfen. Trotz meines Abrathens reiste er auch im Frühjahre 1878 dahin und machte eine Schmierkur durch, ohne dass dadurch ein vortheilhafter Einfluss auf seinen psychischen Zustand erreicht wurde. Obgleich die Aerzte in Aachen erklärten, dass Pat. an keinem luetischen Symptome litt, besuchte er auf der Heimreise doch mehrere Syphiloiatriker und erhielt von ihnen widersprechende Angaben. Der eine erklärte Pat. von Lues frei, ein Anderer dagegen behauptete, dass die krankhaften Störungen von dieser alten Krankheit des Pat. herrührten. Eine Folge dieser Reise war, dass die Unruhe, Angst und Furcht des Pat. in so

Digitized by Google

hohem Grade zunahmen, dass er während des Aufenthaltes in Stockholm einen Selbstmordversuch machte. Gleich nach der Rückkehr in die Heimath, Anfang Mai 1878, wurde Pat. ruhiger, klagte jedoch fortwährend über „Prickeln in den Fingern", „Knacken im Kopfe" und Erscheinen von freischwebenden Lichtflammen vor den Augen; empfand, als ob der Gesicht- oder Gehörsinn geschwächt wäre, obgleich dieses objectiv nicht bestätigt werden konnte. Ende Mai machte Pat. einen Versuch, sein Amt zu besorgen, welches ihm auch mit Anstrengung gelang. Nach einigen Tagen musste er jedoch wieder damit aufhören, weil er von Angst überfallen wurde und es ihm vorkam als ob seine Collegen ihm übel wollten und ihn verachteten. Den 31. Mai zeigten sich bei Pat., welcher einige Tage über Schmerz über den Augen und schlechten Geschmack im Munde geklagt hatte, kleine Blutsugillationen beinahe über den ganzen Körper welche jedoch bald verschwanden.

Während des Sommers wurde Pat. allmählich immer ruhiger und machte Anfang September wieder einen Versuch seinen Dienst zu besorgen, konnte aber nur einige Tage damit fortfahren. Den 16. September fühlt Pat. einen dumpfen Schmerz im Hinterkopfe und empfindet, als ob eine Stimme in ihm sagte, dass er noch immer an Lues leide; er wird zeitweise sehr ängstlich und bekommt Weinparoxysmen. Anfang October klagt Pat. zuweilen über Hitze zwischen den Schulterblättern und nächtlichen Fieberschauer, zuweilen erfährt er grosses Unbehagen und möchte dabei gegen seine Umgebung zornig auffahren, fürchtet irre zu werden. Den 14. October empfindet Pat. beim Sprechen Schmerz im linken Ohre und als ob etwas im Halse festsässe; fühlt, wenn er sich nach vorn beugt, als ob etwas von seiner Stirn hinunterfiele; wird zeitweise von Frösteln überfallen. Anfang November klagt Pat. über Schmerz im Scheitel und Hinterkopfe, empfindet Stechen im Rücken, in den Händen und Füssen, glaubt unterzusinken, wo er steht.

Während des grössten Theils des Jahres 1879 hielt sich Pat. auf dem Lande auf, wurde allmählich immer ruhiger und zuletzt so gebessert, dass er im Januar 1880 wieder seine dienstlichen Beschäftigungen in Helsingfors übernehmen konnte. Pat. soll diese ohne Tadel besorgt haben und war dem Ermessen seiner Gattin nach von seiner Krankheit hergestellt. In einer Hinsicht schien

Digitized by Google

jedoch sein Gemüth verändert zu sein, darin nämlich, dass er sich ungewöhnlich religiös gesinnt zeigte und fleissig die Kirche und Betzusammenkünfte besuchte, welches er in seinem früheren gesunden Zustande nicht zu thun gepflegt. Diese Besserung des Zustandes dauerte leider nicht länger als bis zum Frühjahre 1881, da Pat. wieder anfing sich angstvoll zu zeigen. Vorher waren ihm einige Unannehmlichkeiten in den dienstlichen Verhältnissen zugestossen. Dieses angstvolle Benehmen nahm gegen den Herbst 1881 zu; dieselben Gefühlsstörungen, woran er während seiner früheren Krankheit gelitten, fanden sich jetzt wieder ein. Pat. weinte oft, grübelte über sein ganzes vergangenes Leben, hielt es für gänzlich verfehlt. Er besorgte jedoch sein Amt, obgleich nur mit Anstrengung, bis zum April 1882, um welche Zeit er sehr schweigsam und in sich gekehrt wurde. Anfang Mai zeigten sich deutliche Spuren psychischer Störung. Pat. wurde von starker Unruhe befallen und war Tag und Nacht in beständiger Bewegung; hegte die Wahnvorstellung, dass er ins Gefängniss gesperrt würde; dass seine ganze Familie seinetwegen untergehen müsse; dass seine Frau und Kinder lebendig begraben würden. Den 11. Mai machte er einen Versuch sich zu ertränken, stieg jedoch aus eigenem Antriebe wieder aus dem Wasser heraus.

Pat., welchen ich seit November 1878 nicht gesehen hatte, wurde den 13. Mai 1882 in die hiesige Irrenanstalt aufgenommen, als an agitirter Melancholie mit Gehörshallucinationen leidend. Er behauptete inwendig zu verbrennen, fühlte bald starke Hitze, bald Kälte im Körper, dünkte sich ganz ohne Gefühl zu sein, glaubte, dass dieses von seiner früheren luetischen Erkrankung herrührte, beschuldigte sich, die ganze Menschheit inficirt zu haben, glaubte, dass alle Gräber sich geöffnet hätten und die Seelen der Todten verdorben wären; alles dieses durch ihn. Irgend welche deutliche körperliche Störungen gab es nicht; die Ernährung war gut, Sensibilität und Motilität normal. Pat., dessen ganze Aufmerksamkeit durch seine Wahnvorstellungen beherrscht war, gab keine abnormen Gefühle von der Hautsensibilität oder dem Muskelsinn an, muss jedoch solche empfunden haben, da er den 14. Juni behauptete, „durch Gefangene in Helsingfors verkupfert worden zu sein“ und den 17. Juni, dass seine „Beine mit Kupfer und Eisen beschlagen worden“. Dieser agitirte Zustand, von allerhand depressiven Wahn-

Digitized by Google

ideen begleitet, dauerte fort bis zum Ende August, da Pat. ruhiger, jedoch stumpf und apathisch wurde und sich zeitweise unreinlich zeigte. Diese Veränderung hielt an bis zum Anfang Februar 1883. Jetzt wurde Pat. lebhafter, fing an sich für seine Familie und seine früheren Beschäftigungen zu interessiren, über seine früheren Verhältnisse zusammenhängend zu sprechen, verhielt sich dabei vollkommen ruhig und schien in Betreff der Intelligenz ziemlich klar zu sein, mit gutem Gedächtnisse, aber zeigte sich etwas kindisch im Urtheil und in der Willenskraft geschwächt. Daneben litt er fortwährend an Gehörshallucinationen und konnte nicht einsehen, dass diese ein krankhaftes Symptom seien, sondern hielt sie für Wirklichkeit. Da Pat. sich übrigens ruhig und ordentlich verhielt, nahm seine Frau ihn den 17. März 1883 aus der Anstalt heraus und versuchte ihn auf dem Lande zu pflegen. Dort aber nahmen die Hallucinationen an Stärke zu; Pat. wurde äusserst misstrauisch und allmählich so unruhig und schwer zu handhaben, dass er, nach einer Abwesenheit von $2^1/_2$ Monaten, den 8. Juni wieder in die Anstalt aufgenommen werden musste.

Jetzt wurde Pat. in Betreff des psychischen Zustandes sehr verschlimmert befunden; die Hallucinationen waren bedeutend gesteigert; er behauptete vollkommen gesund gewesen zu sein, aber dass seine Frau geisteskrank sei, und zeigte sich über die Zurückbringung in die Anstalt höchst erbittert. Keine palpable körperliche Störungen waren bemerkbar, dagegen fand Schlaflosigkeit statt, wenn nicht Chloral oder Hyoscyamin gereicht wurde. Im Juni wurde Pat. allmählich immer unruhiger, maniacalisch, überlaut, aggressiv, unreinlich, zerriss seine Kleider, verschluckte allerlei unnatürliche Gegenstände, wie Glasstücke, Messingnägel von seinem Sopha. Zeitweilig war er wieder kleinlaut, freundlich, bat weinend um Verzeihung wegen seiner schlechten Aufführung. Den 17. August behauptet Pat., dass seine Füsse nicht ihm angehören, sondern gegen andere vertauscht sind, und den 18. August, dass blos der eine Arm sein eigener sei, die anderen Glieder aber fremde. Den 21. August waren die Streckmuskeln der linken Hand paretisch, die Hand und Finger nach einwärts gebogen. Mit der linken Hand kann Pat. keinen Gegenstand anfassen; die Bewegungen des Ober- und Unterarmes übrigens, sowie die Sensibilität ungestört. Selbst fühlt Pat. kein Gebrechen der Hand.

Digitized by Google

Den 23. August wurde ein grosser Abscess im linken Schenkel nach rückwärts geöffnet. Den 11. September Pat. äussert heftig und boshaft, schreit und lärmt, behauptet, er sei Kaiser und König und besitze Millionen. Den 6. October Pat. stark abgemagert; die linke Hand und Finger fortwährend contrahirt, Beweglichkeit des Armes, sowie Motilität überhaupt und Sensibilität ungestört. Obgleich Pat. die ganze Zeit einen gefrässigen Appetit gehabt, unaufhörlich mehr Speise verlangend, wurde er immer magerer und später ödematös in den unteren Extremitäten ohne Albuminurie. Zuletzt trat eine Glossitis hinzu und Pat. starb den 22. December 1883, sechs Jahre, nachdem die ersten Zeichen der Krankheit bemerkt wurden.

Bei der Section (12 Stunden p. m.) fand sich hauptsächlich Folgendes: Schädeldach ziemlich dünn, diploëarm; an der inneren Fläche der mässig gespannten und leicht abziehbaren Dura mater über beide Frontallappen eine ausgebreitete Pseudomembran, auf der rechten Seite, wie es scheint, älteren Datums als auf der linken; über der Mitte des linken Stirnlappens ein frisches Blutcoagulum unter der Dura mater. Ferner eine von der Dura mater ausgehende kleine, kugelrunde, weisse, sehr feste, von der Gehirnfläche völlig freie Geschwulst, bei näherer Untersuchung als ein spindelzelliges Sarcom sich erweisend, 1 cm im Durchmesser, 4,5 cm nach rechts vom Sinus longitudinalis; und dieser Geschwulst entsprechend eine gelinde Impression von 1 cm im Durchmesser im rechten Gyrus centralis posterior (circumvolutio parietalis adscendens) auf der Grenze zwischen dessen oberen und mittleren Drittel, beinahe in gerader Linie hinter der zweiten Frontalwindung, 4,5 cm nach rechts von der Incisura interhemispherica entfernt. Die Centralwindung darunter bleicher und verdünnt, aber sonst nicht makroskopisch verändert. Die Pia mater auf der Gehirnconvexität etwas trüb und verdickt, aber leicht ablösbar von der Gehirnfläche, ausser über dem inneren Theile der rechten Orbitalwindungen und über der Spitze des Schläfenlappens, wo sie an die Hirnsubstanz festhaftet. Das Ependym in allen Hirnhöhlen, besonders im hintern Theile der Seitenventrikel stark granulirt. Die graue Substanz hat einen rosenrothen Anflug, besonders in den Stirnlappen. Sonst im Gehirne, den Hirnganglien und dem Rückenmark nichts makroskopisch Bemerkenswerthes. Die Lunge in ihrer

Digitized by Google

rechten Hälfte stark infiltrirt. In der Rindensubstanz der Nieren einige kleine Abscesse von der Grösse eines Hanfkornes.

Hier muss also angenommen werden, dass die Contractur in der linken Hand und den Fingern im Zusammenhange mit dem Druck der Geschwulst auf dem rechten Gyrus postcentralis stand. Darauf beruhte wahrscheinlich auch das Gefühl von Zittern im linken Arme und Beine, sowie das Prickeln in der linken Hand und in den Fusssohlen, worüber Pat. im Februar 1878 klagte, um welche Zeit die Geschwulst noch in ihrem Anfange bestand. Die zufällige Besserung in dem psychischen Zustande des Pat., welche jedoch mehr als ein Jahr andauerte, war wohl dadurch verursacht, dass die Geschwulst zu dieser Zeit in ihrer Entwicklung still stand und das Gehirn sich gegen den auf ihm lastenden Druck hatte accomodiren können.

In diesem Falle ist man wohl berechtigt, allen Ferndruck auszuschliessen, welcher sonst in den meisten Fällen von Hirngeschwülsten eine Schlussfolgerung unsicher macht, weil die hier in Frage kommende Geschwulst wegen ihrer Kleinheit nur einen wenig verbreiteten Druck ausüben konnte.

Digitized by Google

Ueber die Beziehungen der progressiven Paralyse zur Syphilis[1]).

Von

Dr. Max Goldstein,

zweitem Arzte der Maison de santé zu Schöneberg-Berlin.

Die Ansicht, dass ein causaler Zusammenhang zwischen der progressiven Paralyse und der Syphilis besteht, hat ebensoviele Fürsprecher wie Gegner gefunden. Es würde zu weit führen, im Einzelnen auf die zahlreichen Arbeiten einzugehen, welche sich mit der Frage beschäftigen, ob ein solcher Zusammenhang anzu nehmen ist oder nicht, und es möge genügen, hier nur bis auf den Vortrag *Mendel*'s[2]) aus dem Jahre 1879 zu recurriren, in welchem auch die einschlägige Literatur des Genaueren mitgetheilt worden ist. *Mendel* selber constatirte bei 75 pCt. seiner Paralytiker vorangegangene Syphilis, und er zieht aus seinen Beobachtungen den Schluss, dass die Lues eine wesentliche Bedeutung für das Zustandekommen der Dementia paralytica habe. Auch *Obersteiner*[3]), *Rohmell*[4]) u. a. kamen zu dem Resultate, dass die Lues eine häufige Ursache der Paralyse sei, wohingegen wieder *Ripping*[5]) und *Eickholt*[6]) sich gegen diese Auffassung ausgesprochen haben.

Mit gütiger Erlaubniss des Herrn Dr. *Jastrowitz* möchte ich

---

[1]) Vortrag im psychiatr. Verein zu Berlin am 16. März 1885.

[2]) Berlin. Klin. Wochenschrift 1879, No. 36/37, cf. *Mendel*, die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880. p. 246 ff.

[3]) Wiener medic. Wochenschrift 1883, No. 33 u. 34.

[4]) Verhandlungen des ärztl. Congresses zu Kopenhagen, s. Neurologisches Centralblatt 1884, p. 405.

[5]) Zeitschrift für Psychiatrie, 37. Band, p. 684.

[6]) Zeitschrift für Psychiatrie, 41. Band, p. 33.

Digitized by Google

Ihnen nun über die Erfahrungen berichten, welche ich in dieser Hinsicht in der Maison de santé zu sammeln Gelegenheit hatte.

Es wurden daselbst im Laufe der letzten 5 Jahre 289 männliche und 177 weibliche, im Ganzen 466 Privatkranke aufgenommen. Von den Frauen waren nur 3 paralytisch, von denen keine Syphilis gehabt hatte, und wir sehen hier wieder die alte Lehre bestätigt, dass die Dementia paralytica beim weiblichen Geschlecht, namentlich bei den Frauen der besseren Stände, überaus selten vorkommt. Unter den 289 Männern hatten wir 121 d. h. 42 pCt. Paralytiker. Eine Anzahl derselben (22) musste, da die Anamnesen keinen genügenden Aufschluss ergaben, bei Beantwortung der uns interessirenden Frage ausser Rechnung gestellt werden, und, was nun die übrig bleibenden 99 Patienten betrifft, so waren von diesen 49 syphilitisch gewesen. Ich bemerke ausdrücklich, dass diejenigen Kranken, bei welchen ein Ulcus molle bestanden hatte, jenen 49 nicht beigezählt worden sind, und dass nur diejenigen Fälle in Betracht gezogen wurden, bei denen wirkliche Syphilis mit Sicherheit constatirt worden war.

Es war also gerade die Hälfte unserer Paralytiker (50 pCt.) syphilitisch inficirt gewesen, während unter 100 nicht-paralytischen Geisteskranken sich nur 11 fanden, bei denen eine syphilitische Erkrankung vorausgegangen war. Somit ergiebt auch unsere Statistik, dass, wenn Männer, welche Lues gehabt haben, psychisch erkranken, sie weit häufiger von der Paralyse, als von einer andern Psychose befallen werden, und dass ein auffallend grosser Theil aller Paralytiker kürzere oder längere Zeit vor Ausbruch der Geistesstörung Syphilis acquirirt hatte.

Dass es sich nicht blos um ein zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten handelt, geht wohl ohne Weiteres aus den Ergebnissen der Statistik hervor.

Ist nun aber die Syphilis als die eigentliche directe Ursache der Paralyse zu betrachten?

Es muss zunächst hervorgehoben werden, dass bei nur wenigen Kranken die Lues das einzige ätiologische Moment bildet; bei den meisten der von uns beobachteten Paralytiker hatte ausser der Lues noch eine Reihe anderer Schädlichkeiten (Trauma capitis, Alcoholabusus, geistige Ueberanstrengung neben gemüthlichen Er-

Digitized by Google

regungen etc.) eingewirkt, — Schädlichkeiten, welche erfahrungsmässig schon an und für sich — auch ohne Lues — die Paralyse erzeugen können.

Sodann ist zu bemerken, dass ein Unterschied zwischen den Paralysen, welche nach Syphilis auftreten, und denjenigen ohne syphilitische Basis in klinischer Beziehung nicht existirt. Bekanntlich sind von einigen Autoren mehrfache Unterscheidungsmerkmale angegeben worden, welche wir indess bei unsern Fällen nicht aufzufinden vermochten. Die Flüchtigkeit der Krankheitssymptome, welche als charakteristisch für die nach Syphilis auftretenden Paralysen angesehen worden ist, kommt, ebenso wie das schnelle Verschwinden der Lähmungen nach paralytischen Anfällen, wie eine abnorme Weite der Pupillen u. a., gleich häufig bei den „syphilitischen" und den „nicht spyhilitischen" Paralysen vor. Nur Augenmuskellähmungen im Beginn der Paralyse scheinen immer auf einen syphilitischen Ursprung hinzudeuten.

Auch pathologisch-anatomisch ergab sich uns nichts, was speciell für eine luetische Erkrankung sprechen könnte. Denn wenn auch nicht in Abrede zu stellen ist, dass die anatomischen Veränderungen, welche wir an den Leichen von Paralytikern zu sehen gewohnt sind, durch das luetische Gift hervorgerufen sein können, so bedürfen wir doch zu ihrer Erklärung nicht erst der Lues, da jene Veränderungen ja auch ohne Lues zu Stande kommen. Ueberdies wäre es jedenfalls sehr wunderbar, dass das syphilitische Virus nach einer oft zehn-, ja zwanzigjährigen Latenz nur im Gehirn, und nicht auch in anderen Organen Zerstörungen anrichten sollte; denn es ist bekannt — und auch unsererseits kann dies bestätigt werden — dass bei den Sectionen der Paralytiker trotz der vielen mit Lues complicirten Fälle syphilitische Veränderungen nur äusserst selten gefunden werden.

Alle diese Erwägungen führen darauf hin, dass von einer syphilitischen Dementia paralytica nicht die Rede sein kann, und dass man nicht berechtigt ist, die Syphilis als Ursache der Paralyse zu bezeichnen, so lange man nicht die Entstehung der einen Krankheit aus der andern genetisch klarzulegen vermag.

Zu dieser Schlussfolgerung gelangt man auch vom therapeutischen Gesichtspunkte aus, auf welchen ich noch mit wenigen Worten eingehen möchte. Wir wissen, dass durch eine antisyphi-

Digitized by Google

litische Cur sehr häufig die allerschwersten, weit vorgeschrittenen syphilitischen Erkrankungen geheilt werden, und dass man insbesondere auch bei der eigentlichen Hirn-Lues durch eine Quecksilberbehandlung nicht selten die günstigsten Resultate erzielt. Es lag daher nahe, auch gegen die Paralysen, welche möglicherweise durch Syphilis erzeugt waren, antisyphilitische Curen in Anwendung zu ziehen, um so mehr, als wir ohnehin der Paralyse ohnmächtig gegenüberstehen. Ueber die Erfolge solcher Curven lauten die Angaben der Autoren sehr verschieden. Einige, wie z. B. *Erlenmeyer*[1]), wollen so glänzende Heilungen gehabt haben, dass sie auch diejenigen Kranken, bei denen es fraglich ist, ob Syphilis voraufgegangen ist oder nicht, antisyphilitisch behandelt wissen wollen, und sich anheischig machen, ex juvantibus jene Frage zu entscheiden. Andere behaupten, häufig Remissionen, aber keine Heilungen erreicht zu haben, während die meisten erklären, dass diese Curversuche immer negativ ausgefallen seien.

In der Maison de santé wurden früher häufig antisyphilitische Curen bei den Paralytikern versucht, in den letzten Jahren dagegen unterlassen, und ich hatte auf diese Weise Gelegenheit zu prüfen, was von beiden das Bessere ist. Nach den in der Schöneberger Anstalt gemachten Beobachtungen kann ich vor einer antisyphilitischen Behandlung nur warnen. Dieselbe wurde stets mit allen Cautelen durchgeführt; dennoch gingen die Patienten vielfach schnell zu Grunde, die paralytischen Anfälle häuften sich unter oder nach der Anwendung des Quecksilbers, und nur selten traten Remissionen auf, während letztere weit öfter bei denjenigen Kranken gesehen wurden, welche keine Inunctionscur durchmachten.

Besonders lehrreich scheint mir in dieser Beziehung ein Fall zu sein, welcher sich gegenwärtig in unserer Anstalt befindet. Ein 33jähriger Kaufmann, welcher vor 3 Jahren syphilitisch inficirt war und verschiedene Curen in Aachen, Hall etc. gemacht hatte, zeigte bei seinem Eintritte in die Anstalt die gewöhnlichen Symptome einer beginnenden progressiven Paralyse. Kurze Zeit nach seiner Aufnahme bekam der Patient eine specifische Iritis, und auf Anrathen des Professor *Hirschberg* entschlossen wir uns, von unserer gewöhnlichen Maxime abzuweichen und den Kranken einer

[1]) *Erlenmeyer*, Die luet. Psychosen. Neuwied 1876.

Digitized by Google

Schmiercur zu unterwerfen. Der Erfolg war ein eclatanter, insofern die Iritis sehr bald geheilt wurde. Auf die Psyche hatte die Cur indess keinen heilenden Einfluss; im Gegentheil machte die Demenz sehr rapide Fortschritte. Wären die syphilitische Iritis und die Paralyse gleichen Ursprungs, und würde man im Stande sein, die Entwicklung der letzteren durch eine Mercurialcur zu hemmen, so hätte man wohl in diesem Falle eine Besserung auch der Paralyse erwarten dürfen, zumal diese erst kurze Zeit bestand.

So haben wir denn auch in therapeutischer Beziehung für die Lehre, dass die Syphilis directe Ursache der Paralyse sei, keine Stütze gefunden, und es lässt sich nach alledem höchstens nur vermuthen, dass die Syphilis einen schwächenden Einfluss auf das Gehirn ausübt, dass es seine Widerstandsfähigkeit verringert und auf solche Weise, ebenso wie viele andere Schädlichkeiten, die Entwicklung der progressiven Paralyse erleichtert, deren eigentliche Ursache uns noch gänzlich unbekannt ist.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

52. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin, den 16. März 1885.

Anwesend sind *Edel* - Charlottenburg, *Falk* - Berlin, *Florschütz* - Charlottenburg, *Günz* - Leipzig, *Goldstein* - Schöneberg, *Guttstadt* - Berlin, *Hirsch* - Magdeburg, *Jastrowitz* - Schöneberg, *Laehr* sen. und jun. - Schweizerhof, *Liebert* - Charlottenburg, *Sakaki* - Japan, *Schröter* - Eichberg, *Zenker* - Frauendorf.

Der Vorsitzende *Laehr* sen. eröffnet um $3^1/_2$ Uhr die Sitzung mit der Mittheilung, dass *Schmidt* - Sorau den angekündigten Vortrag „Aus der forensischen Psychiatrie" durch eine amtliche Reise verhindert sei zu halten, auch *Ideler* habe sich wegen Krankheit entschuldigt. Als Mitglieder werden aufgenommen die Herren Dr. *Goldstein* und *Laehr* jun.

Tagesordnung:

Schröter, R. Zwei Fälle von schwerer Schädelverletzung und Geistesstörung.

Grössere chirurgische Krankenhäuser, namentlich solche in Bezirken mit maschinellem Fabrikbetriebe, haben nicht selten Veranlassung Patienten mit schweren Schädelverletzungen zur Behandlung aufzunehmen. Von den dann mit günstigem Heilresultat entlassenen Fällen kommen später anscheinend doch nur wenige in die psychiatrische Behandlung als ausgebildete Psychosen. Selbst in derartigen Fällen aber haben wir öfters Bedenken, den ätiologischen Zusammenhang von einem früher erlittenen schweren Trauma des Schädels her bis zur Entwickelung der Psychose ohne Weiteres anzuerkennen. Denn einmal stellen sich solche Psychosen nicht alle in dem von den Autoren als charakteristisch für eine traumatische Psychose aufgezeichneten Bilde dar, zum andern spielten inzwischen wohl auch mehrfache und wie so häufig nicht scharf ausgeprägte ätiologische Momente hinein. Es wird aber die Möglichkeit, die Wirkung dieser einzelnen Momente auseinander zu halten, in dem Einzelfalle um so mehr erschwert, wenn die erste Nachwirkung des Trauma zunächst in einer für den Nichtsachkundigen kaum bemerkbaren Weise und auf einen längern Zeitraum hin ablief und eine gute Anamnese

Digitized by Google

uns nicht zu Gebote steht. In manchen Fällen bestand vielleicht ohnedies schwere erbliche Prädisposition.

In der letztern Zeit kamen mir zwei Fälle von Geistesstörung zur Beobachtung, die mit Trauma des Schädels ätiologisch mehr oder minder in Beziehung gebracht werden dürfen. Zuerst bringe ich den wichtigern und etwas mehr zu besprechenden voran, der wohl auch einige Beziehungen zur Localisationstheorie am Gehirn enthält.

Johann Kreiling, 44 Jahre alt, Vater von drei gesunden Kindern, kam am 13. September 1884 in die Anstalt Eichberg zur Aufnahme. Der Schwager berichtete, dass Patient sich in der Jugend geistig normal entwickelt habe, nur sei er so schlank aufgeschossen, dass man mit 20 Jahren Abzehrung bei ihm befürchtete. Vor etwa 20 Jahren erlitt er in der Scheuer einen schweren Fall auf dem Kopf beim Getreideabladen. Von da ab habe er zuweilen, namentlich bei gewissen Bewegungen und bei Anstrengungen über Hinterkopf-, Rückenschmerzen und Schmerzen in der rechten Seite geklagt. Die erwählte Nagelschmiedprofession ging nicht gut, deshalb wurde er Feldschütz, dann Postdiener, Eisenbahnexpeditionsdiener, wo er viel Zugluft auszuhalten hatte, endlich Stadtdiener, weil er dienstlich eifrig und brav war.

Fastnachten 1883 war ihm aufgepasst worden und er erhielt einen schweren Schlag, wahrscheinlich mit einer Flasche an den Hinterkopf. Es blieb eine Geschwulst zurück, die Pfingsten 1884 operirt wurde, wobei Knochensplitter aus dem Gehirn entfernt wurden. Erblichkeitsmomente seien in der Familie nicht bekannt. Der Beginn der jetzigen Geistesstörung sei vor 2—3 Jahren gewesen, Verlauf derselben immer mit Schwankungen. Patient sei jetzt in hohem Grade selbstmordsüchtig und habe auch einen Versuch dazu gemacht. Er habe die Idee, dass er nach Mainz geliefert werden solle, um hingerichtet zu werden, wegen Verschulden im Dienst. Wenn derartige Gedanken lebhafter kämen, überfalle ihn ein Zittern. Sein Arzt bemerkt noch hinzu, dass Patient sich vor mehr als drei Jahren wegen Hitzegefühl im Kopfe, Stuhlträgheit und Appetitmangel an ihn gewandt habe. Eine verdriessliche Stimmung sei seitdem an ihm aufgefallen, auch später habe er sich lange noch beherrschen können. Im Sommer 1882 habe er über ein lästiges Gefühl im Kopfe und in den Augen geklagt, sowie über Gedächtnissschwäche. Seit jenem zu Fastnachten erlittenen schweren Insulte, wobei eine äussere Wunde nicht zu constatiren gewesen sei, habe man in der Gegend des obern Winkels des Hinterhauptbeines eine unregelmässig quere Vertiefung wahrgenommen, die sehr schmerzhaft war, Bruchränder seien dort nicht zu fühlen gewesen. Die von dieser Stelle ausgehenden Schmerzen hätten ihm die Nachtruhe geraubt, nunmehr seien auch die früher angedeuteten Wahnvorstellungen lebhaft hervorgetreten. Er wurde so erregt, dass Chloral dagegen zu Hilfe genommen wurde, was für längere Zeit beruhigend wirkte. Mit dem folgenden Frühjahr seien die Schmerzen im Kopf viel heftiger geworden. Sie hätten sich über den ganzen Kopf hin nach vorn verbreitet bis in die Augenbrauengegend. Zugleich sei die

Digitized by Google

Geistesstörung wieder nach aussen getreten, Lebensüberdruss mit Selbstmordneigung hätten sich dazu gesellt. Damals wurde an der Stelle der Schädelvertiefung der Schädel eröffnet.

Aus der in der Bockenheimer'schen Klinik zu Frankfurt geführten Krankengeschichte über Kreiling verdienen noch folgende Data bemerkt zu werden: „Seit dem Schlag zu Fastnachten 1883 verspürt Patient fortwährend Schmerzen im Hinterkopf, die seit Frühjahr 1884 sehr zugenommen haben. Am stärksten sollen sie sein bei Sturm, Gewitter und Hitze, wie ein Hammerwerk. Sie ziehen vom Hinterkopf in der Scheitellinie nach den Augen und der Stirn. Auf den Augen hat Patient immer Druck und in der Mitte der Stirn über der Nasenwurzel fortwährend Schmerz. Als er den Schlag erhielt, glaubte er, die Augen würden von hinten herausgestossen. Auf dem Hinterkopf kann er gar nicht liegen. Zeitweise treten Schmerzen im Rücken entlang dazu. In den Fusssohlen und den Fersen hat er zuweilen das Gefühl von Ameisenkriechen. Patient wird von Licht geblendet, ist schwermüthig, matt, erschrickt oft schon beim blossen Anrufen. Daheim wähnt er sich von Feinden bedroht. Sein Gedächtniss ist ausserordentlich geschwächt.

Chirurg. Diagnose: Compression des linken Occipitallappen durch Knochenverdickung nach früherer Fractur und Splitterung. Nach Blosslegung durch Kreuzschnitt wurde der ganze difforme Callus mittelst Meissel entfernt. Nach Entfernung des Knochenstückes zeigten sich in der Lam. vitr. int. Splitterungen des Knochens, welche mit der Zange herausgenommen wurden. Diese Splitter lagen mehr peripher nach der linken Seite hin. Die Dura mater zeigte an der betreffenden Stelle eine ziemlich starke Impression, die Pulsation war anfangs nicht bemerkbar, trat jedoch alsbald auf. Incision oder Punction der Dura wurde nicht vorgenommen. Die Wundbehandlung ging im Ganzen fieberfrei (einige Male nur 38,0°) vor sich. Am 14. Juli 1884 kam Patient nach der Operation nach Hause zurück, schmerzlos, munter, aufgeheitert Aber schon nach 14 Tagen war Alles wieder beim Alten, die Wahnideen gewannen durch Gehörshallucinationen neue Nahrung, ein Selbstmordversuch an der Art. radial. mit geringem Blutverlust schien die Aufnahme in die Irrenanstalt unabweislich zu machen.

Der Kranke gab hier in der Anstalt gute Auskunft über seine persönlichen Verhältnisse, protestirte aber gegen die Annahme des Krankseins. Obgleich er zeitweilig von heftigen Kopfschmerzen heimgesucht zu werden zugab. Früher habe er auch an choreatischen Bewegungen und krampfartigen Schmerzen in der linken Weichengegend gelitten. Er hielt sich abseits von den anderen Patienten in der Anstalt, verweigerte ab und zu die Nahrung, weil seine armen Kinder daheim hungern müssten, hatte matten Blick, sehr deprimirten Gesichtsausdruck, jammerte und klagte auch viel in der Nacht, fiel gelegentlich einmal dem Arzte zu Füssen mit dem Ausruf: ach retten Sie mich! Er äusserte ruhige melancholische Wahnvorstellungen, namentlich auch solche religiösen Inhaltes, Lebensüberdruss bei zeitweilig grosser Aengstlichkeit, hörte sich häufiger Polizeidiener Kreiling rufen und

Digitized by Google

wurde auch sonst vielfach von Gehörshallucinationen geplagt, die er für wahrhafte Vorgänge hielt, und die zeitweise die Herrschaft über sein Gesammtverhalten gewannen. Namentlich häufig wurden ihm seine Vergehen im Dienst vorgeworfen und dafür der Tod mittelst Strang angedroht.

Patient klagt über starken Stirnkopfschmerz, namentlich in der Gegend der Glabella, nach der Nasenwurzel und dem linken innern Augenwinkel ausstrahlend. Häufig aber auch über ebenfalls solche bohrende Schmerzen im Hinterhaupt und über Spannungsgefühl rings um den Schädel herum. Am Hinterhaupt, etwa in der Gegend der obern Spitze der Schuppe, zeigt sich eine tief eingezogene gekreuzte strahlige Narbe, offenbar von einem Kreuzschnitte herrührend, deren unteres Schenkelende zeitweise spontan ein Tröpfchen trüben, wässrigen Serums durchsickern lässt. Die Umgebung derselben ist schon bei leiser Percussion schmerzhaft. Weiterhin in der Umgebung der Narbe taubes Gefühl, besonders links bis gegen die Ohrmuschel, bei erhaltener Sensibilität. Bei Druck entleert sich nicht mehr Serum. Die Narbe ist 3,5 cm lang, 4,25 breit und reichlich 1,0 tief. Vom hintern Ansatz der linken Ohrmuschel bis zur Mitte der eingezogenen Narbe beträgt 14 cm Entfernung, vom rechten Ohrmuschelansatz bis dahin 13,5. Von der Protuber. occip. ext. bis zur Narbe aufwärts 4,5 cm. Der Schädel selbst hat einen Längsbogen von 33,0, Höhenbogen von 31,3, horizontalen Umfang von 57,6 cm, Längsdurchmesser mit dem Tasterzirkel 19 cm, Querdurchmesser 16,0 cm. Die Schärfe des Gehörs ist beiderseits stärker herabgesetzt, ganz bedeutend gegenüber der Flüsterstimme. Doch bestand betreffs der Schwerhörigkeit ein leichter Wechsel, so dass zeitweise das Gehör etwas besser war, niemals aber annähernd normal. Die Leitung durch die Kopfknochen war nicht gestört, sowie überhaupt objectiv kein sonstiger abnormer Befund am Gehörorgan sich herausstellte. Die Augen hatten zeitweise etwas stechenden, sonst aber weichern Ausdruck bei etwas engern Augenlidspalten. Die Pupillen waren etwas untermittelweit, gleich, erschienen etwas starrer, waren aber sonst ziemlich gut beweglich. Auf beiden Augen bestand mittlere Weitsichtigkeit. Die Sehkraft des rechten Auges war etwas beeinträchtigt gegenüber dem linken. Jedoch vermochte Patient hinlänglich gut ferne Gegenstände zu erkennen und hatte keine Beschwerden beim Lesen. Das Gesichtsfeld des rechten Auges ist nach oben sehr stark, nach innen etwas eingeschränkt, für Weiss und Farben. Aehnlich am linken Auge, doch nicht in gleich hohem Grade. Das linke Auge kommt dem Patienten stets grösser und weiter vor als das rechte, bei völlig gleich weiten Augenlidspalten. Die Gegenstände erscheinen ihm sämmtlich wie etwas im Nebel, umschleiert, aber die Farben unterscheidet er mit beiden Augen doch ganz gut. Zeitweise blinzelt er mit beiden Augen, es flimmere ihm vor den Augen sehr oft seit jenem Schlag auf den Kopf, aber diese Erscheinungen sind auch wohl nach Angabe seiner Frau vorher stärker gewesen, als in den letzten Monaten. Die wiederholte ophthalmoskopische Untersuchung ergab links wie rechts ziemlich gleiche Niveauverhältnisse der Papilla nervi optici, artt. und venöse

Digitized by Google

Gefässe der Papillen von der gewöhnlichen Beschaffenheit und Schlängelung, aber es erschien doch die Papille des linken Sehnerven etwas weisser und schärfer hervortretend als die rechte.

Ich berichte nur noch kurz, dass anderweitige Störungen der Sinnesnerven, sowie der Sensibilität und Motilität am Körper nicht bestanden. Auch nicht der vasomotorischen und secretorischen Organe. Ebenso verhielten sich die Haut- und Sehnenreflexe normal. Dass die grobe motorische Kraft des rechten Armes geringer war als die linke, erklärt sich durch einen frühern Radialbruch. Von psychischen Erscheinungen erwähne ich besonders das Gedächtniss, das nach der eigenen Beobachtung des Patienten und seiner Angehörigen seit ein paar Jahren ungemein gelitten hatte und zwar in seinem ganzen Umfange. Allmählich wurde Patient in der Anstalt innerlich ruhiger, die Beängstigung, die Sinnestäuschungen und Wahnideen traten zurück, so dass er nach 5 Wochen die Beobachtungsstation verlassen konnte und alsbald sich auch an Aussenarbeit zu betheiligen vermochte. Nur der Kopfschmerz wollte nicht recht weichen und ein für den Patienten unerklärliches Heisshungergefühl. Nach wenigen Wochen zeigte Patient mit Arbeitsscheu wieder einen Rückgang in die Erscheinungen der halluc. Paranoia hinein, mit Vergiftungswahn, der aber bald sich löste und einem gesundheitsgemässeren Verhalten Platz machte, in welchem Patient eine ruhige Besonnenheit, gute Urtheilskraft und gut erhaltene Intelligenz bethätigte. Versuchsweise wurde er am 24. Januar dieses Jahres nach Hause abgeholt, bei nicht beseitigten, aber doch erträglicheren Kopfschmerzen. Erwähnen muss ich noch, dass seine Briefe in den letzten Wochen klar, zusammenhängend und gut stilisirt waren, während im vorhergehenden Stadium eine ordentlich entwickelte Satzbildung darin vermisst wurde und nur kurze verworrene Sätze in häufiger Wiederholung sich darstellten. Nach jüngst mir gewordener Benachrichtigung hat sich die geringe Besserung zu Hause nicht von Bestand erwiesen.

Mancher trägt vielleicht Bedenken ohne Weiteres obigen Fall zu den Psychosen zu rechnen, die durch ein Trauma verursacht wurden, und doch ist er von dieser Gruppe nicht zu trennen. Vor 20 Jahren geschah die erste Einwirkung aufs Gehirn durch schweren Fall auf den Kopf. Durch eine Reihe von Jahren hören wir zwar nicht von dadurch direct verursachter Psychose oder von Störungen der Motilität oder Sensibilität, aber doch sehr bald von bestimmten sensorischen Erscheinungen, die vorher nicht bestanden, namentlich von heftigem und localisirtem Kopfschmerz, Flimmern vor den Augen, dann von gemüthlichen Verstimmungen, hypochondrischen Beschwerden, endlich seit Sommer 1882 sicher von abnormer Störung des Erinnerungsvermögens, schliesslich sogar von noch beherrschten Wahnideen. Wie weit vielleicht encephalitische Residuen wenigstens prädisponirend dabei mitwirkten, vermögen wir nicht zu bestimmen, aber wir dürfen solche vermuthen. — In diesen Zustand von psychischer Abnormität hinein, die noch die Berufsthätigkeit ermöglichte, traf nun von Neuem ein directes Trauma die Gehirnsubstanz. Es folgten nunmehr rasch hochgradige, örtliche Schmerzen mit

Digitized by Google

Störung der Nachtruhe, Schmerzen, die eine schärfer ausgesprochene Richtung nach vorn nahmen, das Sehorgan ganz direct mit betrafen, vielleicht auch das Gehörorgan, und alsbald stellte sich eine voll entwickelte Psychose auch dem Laienauge vor, und ihr Verlauf war nach Art der traumatischen Psychosen, mit einem gewissen periodischen Wechsel, oder richtiger mit An- und Abschwellen der charakteristischen Gesammterscheinungen.

Die nachweislich betroffene Stelle des Hinterhauptslappens entspricht der Lage des Vorzwickels, (nur dem äussern Anscheine nach mehr rechterseits), also eines Gehirnabschnittes, der für das Sehorgan nach den Autoren der Localisationstheorie am Gehirn an erster Stelle Wichtigkeit besitzt. Hier liegen nach *Munk* die centralen Elemente, welche Licht empfinden. Jede Retina soll mit ihrer äussersten lateralen Partie dem äussersten lateralen Stücke der gleichseitigen Sehsphäre zugeordnet sein. Der viel grössere übrige Theil jeder Retina aber soll dem viel grössern übrigen Theile der gegenseitigen Sehsphäre zugehören. Auch *Goltz* ist überzeugt, dass wenigstens bei Hunden jede Halbkugel des grossen Gehirns mit beiden Augen in Verbindung stehe. Er hält fest an der Hypothese, dass die Sehstörung nach Hirndefect in einem verringerten Farben- und Raumsinn besteht. In der That waren bei Kreiling beide Augen krankhaft afficirt, und beide doch auch mit verschiedenartigen Symptomen. Rechts zeigte sich eine vollständig klare Papille, links war sie das weniger. Die Einschränkung des Gesichtsfeldes für Weiss und Farben war nachweisbar rechterseits beträchtlich, aber doch auch links vorhanden, linkerseits war das Gefühl des Umnebeltseins stärker, als rechts. Das Gefühl des Vollseins im Augapfel war links auffällig stark, ebenso die subjective Empfindung des deutlicheren Sehens mit dem linken Auge. Farben wurden dagegen mit beiden Augen ziemlich sicher unterschieden. Die Nothwendigkeit zu Blinzeln mit den Augen, ohne besondere äussere Lichtreize, war ebenso beiderseits gleich stark, vielleicht als ein Reizsymptom von der Rinde des Präcuneus aus. Da wir keinen anatomischen Befund post mortem vor uns haben, bleibt freilich die Annahme nicht gänzlich ausgeschlossen, dass hier nicht bloss der linke, sondern auch der rechte Präcuneus in gewisser Weise vom Trauma selbst oder etwa von einer entzündlichen Nachwirkung oder deren Residuen einigermaassen mit betroffen sein konnte. Wir dürfen bei dieser Gelegenheit ebenso wenig vergessen, dass bereits vor ein paar Dezennien ein allgemeiner wirkendes Trauma, jener Fall auf den Kopf, den Schädelinhalt durch Erschütterung mit betraf, als dessen Nachwirkung nur freilich keine bestimmten Symptome berichtet worden sind, während die Annahme nicht ausgeschlossen bleibt, dass dennoch solche bestanden haben können, die nur weniger deutlich hervortraten. Vielleicht gehört dahin die Schwerhörigkeit, die in einem bestimmt nachweisbaren Grade bei dem Kreiling bestand, aber von den Angehörigen weder vor der Aufnahme in die Anstalt, noch bei deren Besuchen des Patienten in der Anstalt, von ihm selbst aber erst in den letzten Jahren bemerkt worden ist. Sie könnte der Effect von moleculären Veränderungen

Digitized by Google

von Gehirnpartien, wie namentlich angenommen, der Schläfenlappen sein, infolge jener frühern Gehirnerschütterung, aber viel wahrscheinlicher resultirt sie erst, vielleicht als entzündliches Residuum direct oder infolge veränderter Blutvertheilung durch jenes Trauma im Jahre 1882 für die betreffenden Rindenabschnitte, aus diesem Vorfalle.

Von den allgemein sensorischen Symptomen tritt der Kopfschmerz besonders hervor, der namentlich in die untere Stirngegend, über der Nasenwurzel, jedoch mehr links nach der linken obern und innern Augapfelpartie ausstrahlend, fast regelmässig angegeben wurde. Seltener gestaltete er sich zur innerlichen Empfindung eines schmerzhaften Kranzes rings um den Schädel herum. Ganz besonders heftig soll aber — und das ist besonders hervorzuheben — die nach jener Stirn-Augenpartie ausstrahlende Schmerzhaftigkeit sogleich nach jener Schädelverletzung gewesen sein.

Der zweite Fall betrifft einen unverheiratheten Commis, Namens Lotz, der, 27 Jahre alt, am 2. Mai 1884 in die Eichberger Anstalt aufgenommen wurde. Anamnestisch will ich nur das über ihn bemerken, dass er erblich belastet von Vaters- und Mutterseite, leicht zur Welt gekommen war, bis zum 4. Lebensjahre normal sich entwickelt hatte, wo er mit dem Kopfe in eine Maschine gerieth und schwer verletzt wurde und längere Zeit darnach bewusstlos blieb. Er soll in der Schule gut gelernt und als Handlungscommis sich im Ganzen gut bewährt haben. Im Jahre 1883 wollte es im Geschäft durchaus nicht mehr mit ihm gehen. Bereits seit fünf Jahren war er als eigenthümlicher und menschenscheuer Jüngling mehr aufgefallen. Er kam nach Hause, war wortkarg, äusserte Vergiftungsideen, wollte nicht mehr essen, versuchte aber doch in der Stille sich selbst etwas zu kochen, lief planlos Tag und Nacht umher, sprach Verfolgungswahnvorstellungen aus. Angeblich ganz so, wie sein verstorbener Vater. Er war nicht zur geringsten Arbeit zu gebrauchen und nur auf die Obhut einer hysterischen und geistig schwachen Mutter angewiesen, fürchtete man schlimme Vorkommnisse, nachdem auch eine Behandlung daheim im städtischen Hospital erfolglos geblieben war. Er wurde deshalb der Irrenanstalt anvertraut. Hier zeigte er sich allmählich gesammelter, fand sich gut in die Hausordnung, wurde arbeitsfähig, so dass er auf Wunsch seiner Angehörigen am 27. Juli v. Js. nach Hause entlassen werden konnte. Er kehrte aber bereits am 29. Nov. v. Js. wieder in die Anstalt zur Cur zurück.

Aus seinem Status praesens führe ich nur in der Kürze an, dass er von kleinem schwächlichen Körperbau ist (54,5 k schwer, 1,52 m lang), ziemlich intelligenten Gesichtsausdruck mit oft lebhaftem Blick hat, doch meist kopfhängerisch und trübselig sich zeigt. Der sonst normal geformte Schädel hat einen horizontalen Umfang von 54,2 cm, Längsbogen von 30,5, Ohrscheitelbogen von 29,5. Sein Längsdurchmesser mittels des Tasterzirkels beträgt 17,5, der grösste Breitendurchmesser 15,0 cm. Ueber dem linken Stirnbein befindet sich eine breite strahlige, an dem Knochen adhärente Narbe mit einer Knochendepression, die namentlich nach oben, nach der Stirnhöhe

Digitized by Google

hin sich vertieft. Jene reicht von der Mitte des linken Margo supraorbit. 2,75 cm nach der Stirn hinauf und ist dort etwa 2,0 cm breit. Die Augenbraue ist durch die Narbe in der Mitte getheilt und die äussere Hälfte derselben um 1 cm höher hinauf gezogen, als die innere. Die Entfernung der Narbe vom rechten Ohrmuschelansatz beträgt 16,0 cm, vom andern Rande der Narbe bis zum linken Ohrmuschelansatz beträgt sie gegen 13,5 cm. Die linke Nasolabialfalte ist etwas verstrichen, während sonstige Störungen in der Innervation des Gesichtsnerven nicht hervortreten. Die Nasenspitze steht stärker nach rechts. Die Zunge wird gerade weit und nicht zitternd herausgestreckt, aber rasch im Ruck zurückgezogen. Das Zäpfchen steht gerade. Die Sprache ist gut articulirt, die Stimme hat einen etwas näselnden Beiklang. Die Pupillen sind mittelweit, gleich, reagiren gut gegen Lichtwechsel. Einschränkungen des Gesichtsfeldes bestehen nicht, der ophthalmoskopische Befund bietet normale Beschaffenheit der Sehnervenpapillen und ihrer Umgebung dar. Die Ohren sind sehr klein, das Gehör ist gut, sowohl von gehöriger Schärfe als Feinheit. Auch die übrigen Sinnesnerven functioniren normal. Haut- und Sehnenreflexe sind vorhanden. Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen lassen sich am Körper nicht nachweisen, namentlich auch nicht am Gange. Reaction auf galvanischen und faradischen Strom ist im Allgemeinen normal, nur die electromusculäre Erregbarkeit der Musculatur des l. Daumenballens ist herabgesetzt. Ohnmachts- oder Krampfanfälle sind in der Anstalt niemals beobachtet worden.

Im psychischen Verhalten bietet der Lotz zuweilen grössere Stimmungswechsel dar und ist dann völlig ungeniessbar und unbrauchbar. Zeitweise nämlich bricht er in lautes Jammern aus, das durch Zureden meist so wenig zu beschwichtigen ist, dass er schliesslich meist auf ein paar Stunden isolirt werden muss. Er drückt sich dabei häufig die Kopfnarbe und äussert sich über Schmerzen im Vorderkopf. Objectiv sind einige vasomotorische Störungen bemerkbar, das Gesicht wird dabei etwas geröthet, der sonst normale Puls etwas beschleunigter und voller, doch bleibt er regelmässig bei gleichartigen Schlägen. Darnach ist Patient bald wieder freundlich, wohlgesinnt gegen seine Mitkranken und anständig. Er befolgt die Hausordnung, hilft im Hauswesen mit, holt Hausbedürfnisse mit herbei, isst, trinkt, schläft ordentlich und gefällt sich in der Anstalt. Im Uebrigen hält er sich gern abseits von den Andern, zuweilen verhält er sich kindisch, beobachtet oft absonderliche Körperstellungen, die zudem an ihm von den Aerzten, ähnlich wie bei Kataleptischen, in jeder beliebigen Art und Weise fast jederzeit hergestellt werden können. Gehörs- und Gefühlshallucinationen wechselnden Inhaltes wirken von Zeit zu Zeit mehr auf sein Gesammtverhalten ein und halten zeitweise Beeinträchtigungswahn-Vorstellungen aufrecht, häufig dienen jene ihm mehr zur Unterhaltung, so z. B. wo er Flämmchen über den Fussboden sich hin und her bewegen sieht und dergleichen. Im Uebrigen ist sein Intelligenzzustand ein ziemlich guter. Er fasst gut auf, associirt und reproducirt die Vorstellungen in normaler Weise, verwerthet gute Schul-

Digitized by Google

kenntnisse, rechnet gut, äussert über die Vorkommnisse des gewöhnlichen Lebens meist ein verständiges Urtheil, ist über Ort und Zeit gut orientirt und besitzt ein zuverlässiges Erinnerungsvermögen. Zeitweise aber gefällt er sich in kindlichen Aeusserungen und in rascher wechselnden Wünschen.

Der Sitz der Kopfnarbe an der Stirn, die von einer bedeutenden Knochenwunde herrühren soll, über Theilen der 1. und wohl auch der 2. linken Stirnwindung, lässt den Schluss zu auf einen damals mit stattgehabten Insult der Rindensubstanz jener Windungen. Gewisse Residuen von jenem Vorfall her, mindestens solche an den betreffenden Stellen der Gehirnhäute, gestattet auch der localisirte Kopfschmerz anzunehmen. Dagegen fehlen uns bestimmt ausgesprochene Fernwirkungen von bleibenden Benachtheiligungen der Rinde der beiden Stirnwindungen. Selbst ein sehr hervortretender und nachtheiliger Einfluss auf den Intelligenzzustand des Patienten, welchen man der Stelle der Verletzung gemäss erwarten konnte, hat sich nur in mässigem Grade eingestellt in der Art eines gewissen kindlichen und launischen Gebahrens. Dasselbe konnte aber zum guten Theil Erziehungsresultat von Seiten der Eltern, namentlich der psychopathischen Mutter sein. Endlich lässt sich ein directer Zusammenhang der Schädelverletzung mit der spätern Geistesstörung ursächlich nicht direct nachweisen. Denn wir dürfen nicht übersehen, dass bei dem p. Lotz schwere erbliche Prädisposition bereits vorhanden war. Freilich hat Patient auch noch einen Bruder und der ist geistig völlig gesund. Fassen wir jedoch den Fall nach der andern Seite hin auf, so bleibt die Annahme gleichwohl statthaft, dass die infolge der Schädelverletzung möglichen chronischen Residuen an den Hirnhäuten, vielleicht auch an der Gehirnsubstanz selbst, ursächlich gerade eine ganz wesentliche Prädisposition bildeten für einen gelegentlichen Ausbruch einer Geistesstörung. In jenen pathologisch-anatomischen Momenten würde aber auch zugleich das Motiv gegeben sein für ein gewisses Fixirtbleiben der Geistesstörung mit wechselnden An- und Abschwellen ihrer Haupterscheinungen und das um so mehr bei einem zu Geistesstörung erblich sehr prädisponirten Individuum.

In der Discussion weist *Jastrowitz* darauf hin, wie wenig die Form der Psychosen jedesmal den Ursachen entspreche. Der *Hartmann*'schen Arbeit spricht er seine Anerkennung aus. Bei traumatischen Psychosen sei ein melancholisches Incubationsstadium zu beobachten, dann treten Tobsucht mit Schwachsinn und tobsüchtige Verworrenheit auf.

Falk macht darauf aufmerksam, dass man unterscheiden müsse, ob die Psychosen bald nach der Verletzung oder erst viel später zu Tage treten. Es seien ihm Schwachsinnsfälle begegnet, deren Ursache kaum anders als auf Verletzungen in der Jugend zurückgeführt werden könne.

Jastrowitz erwähnt, dass auch Tumoren sich nach Verletzungen entwickeln, und dass auch bei manchen Paralysen die Anamnese auf Trauma hinführt.

Laehr sen. weiss keinen Fall aus seiner Praxis, vielleicht weil sie sich

Digitized by Google

vorwiegend auf Frauen erstreckt, auch in der Literatur seien Psychosen nach Schädelverletzung selten beschrieben; in den Schriften über Epilepsie werden dagegen Traumen als Ursache öfter angeführt.

II. *Goldstein*-Schöneberg: Ueber die Beziehungen der Syphilis zur progressiven Paralyse.

Ist als besonderer Aufsatz S. 254 dieses Heftes erschienen.

Dem Vortragenden stimmt *Schröter* darin bei, dass, wenn Syphilis bestanden hat, dann der Verlauf ein sehr rascher sei. In gewissen Gesellschaftskreisen wird in solchen Fällen nicht der Psychiater, sondern der Syphilidologe um Rath gefragt.

Zenker führt einen Vortrag an, der in Kopenhagen während des internationalen Congresses gehalten wurde; danach solle Paralyse eine Spätform der Syphilis sein; seine eigenen Erfahrungen bestätigen namentlich in therapeutischer Hinsicht die Ansicht des Vortragenden, die Cur gegen Syphilis beschleunige den Verlauf der Paralyse.

Jastrowitz erinnert daran, dass schon früher in dieser Gesellschaft ein Vortrag über denselben Gegenstand von *Jung* gehalten sei. Auch nach seiner Meinung sei der Einfluss der Syphilis höher anzuschlagen, als ein blos prädisponirendes Moment. In seiner Anstalt finde sich bei 51 pCt. von den Paralysen, dass meist durch ärztliche oder von gebildeten Laien herrührende Angaben wohl constatirte Syphilis vorangegangen sei. Da könne man nicht mehr von blosser Prädisposition reden, sondern es müsse ein innerer Zusammenhang existiren. Er erinnert daran, dass Paralyse bei Weibern fast nur bei Puellae publicae auftrete. *Gedicken* gebe nach *Jaspersen* ein Verhältniss von 95 pCt. an; Letzterer habe aber jede syphilitische Affection zugezählt, so auch Gonorrhoe, daher der hohe Procentsatz. Erst heute habe er bei einer solchen paralytischen Puella publica bei der Section Pachymeningitis, Hirnschwund, Perihepatitis, Perisplenitis gefunden.

Edel erzählt einen Fall von Paralyse bei einer Frau, Mulier publica, nach Syphilis, der keinen schnellen Verlauf gezeigt habe; die Frau sei erst nach einem Aufenthalte von 4 Jahren in seiner Anstalt gestorben.

Jastrowitz knüpft hieran die Bemerkung, dass, wenn auch *Lewin* vor einiger Zeit in der medicinischen Gesellschaft gesagt habe, er habe unter Tausenden von Puellae publicae keine Paralyse beobachtet, es nach seinen Kenntnissen der Verhältnisse in der Charité durchaus nicht wunderbar wäre, wenn auf der syphilitischen Station die Paralyse bei diesen Individuen nicht erkannt würde.

Falk spricht die Meinung aus, dass in den ältesten Zeiten wie Syphilis, so auch Paralyse mindestens nicht so häufig gewesen sei. Es kommen übrigens Erweichungsheerde oder Gummata bei constitutionellen Syphilitischen vor, ohne dass Paralysen dabei beobachtet werden.

Dazu führt *Jastrowitz* aus, dass diese syphilitischen Befunde Psychosen wohl veranlassen können, diese seien allerdings nicht Paralysen, trügen

Digitized by Google

vielmehr den Charakter von Heerderkrankungen mit Demenz. Es gebe aber höchst wahrscheinlich im Hirn, wie dies in anderen Organen besser festgestellt sei, syphilitische Allgemeinerkrankungen, die wir noch nicht kennen. *Heubner*'s entdeckte Veränderungen der Gefässe haben kein Licht in diese Frage gebracht.

Falk berichtet über 2 gerichtliche Sectionen, welche arbeitsfähige Individuen betrafen, die durch Traumen zu Grunde gegangen waren; im Gehirn fanden sich Gummata, sonst keine Visceral-Syphilis; Symptome der Psychose seien dort keinesfalls vorhanden gewesen.

Laehr sen. hebt hervor, wie verschieden die Procentsätze für das Auftreten der Syphilis bei Paralyse angegeben werden. *Jessen* nahm für alle Fälle, Siegburg für 7 pCt., Andernach für 35 pCt., in Kopenhagen nahm man für einen noch höheren Procentsatz von Paralysen einen Zusammenhang mit Syphilis an. Es komme doch sehr darauf an, aus welchem Theile des Publikums die Insassen einer Anstalt herstammen, ob eine Anstalt ihre Insassen aus grossen Städten beziehe. Jedenfalls gehe aus Allem hervor, dass die Syphilis bei Paralysen in grösserem Procentsatz vorkomme, als bei anderen Psychosen. *Snell* sei immer der Ansicht, dass, wenn Jemand vor 20 Jahren Syphilis gehabt, diese nicht als Ursache der Paralyse anzusehen sei, zumal wenn festgestellt sei, dass gesunde Kinder vorhanden sind.

III. *Laehr* sen., Zum internationalen ärztlichen Congresse in Kopenhagen.

Wenn ich Sie einlade, mich in der Rückerinnerung zum internationalen ärztlichen Congresse in Kopenhagen zu begleiten, so geschieht dies, weil ich muthmaasse, dass es Manchem von Ihnen wie mir gegangen ist, der sich von internationalen Congressen einen Gewinn für die Entwicklung der Disciplin nicht recht vorstellen konnte. Der ärztlichen Organe und Versammlungen giebt es jetzt überall so viele und verschiedenartige, dass das Resultat jeder wissenschaftlichen Forschung alsbald zur Veröffentlichung gelangen kann, und was die Discussion darüber betrifft, so scheint der Austausch in verschiedenen Sprachen der Gründlichkeit ein Hinderniss zu bereiten. Und in der That bestätigte sich beides auch in Kopenhagen. Ich glaube nicht, dass dort etwas Neues vorgetragen ist. Jeder hatte wohl das, was er vorbrachte, schon früher in Versammlungen, in Zeitschriften, in Büchern publicirt. Auch die an die Vorträge sich anschliessende Discussion litt an einer gewissen Einseitigkeit. Wurde deutsch vorgetragen, so ward dann deutsch discutirt und die anders Sprechenden kamen nicht zur Geltung, und ebenso war es mit den anderen Sprachen. Trotzdem bin ich reich belehrt und befriedigter zurückgekehrt, als ich vorher gehofft hatte.

Was die Versammlung im Ganzen betraf, so vermisste man sehr, was man in den Naturforscherversammlungen in Deutschland eingeführt hat: eine Präsenzliste. Man hatte eine Liste derer gedruckt, welche die Hoffnung gewährt hatten zu kommen, obgleich von einer Anzahl derselben vorauszusehen

Digitized by Google

war, dass sie nicht kommen würden. So stand z. B. *Frerichs* in der Liste, sein Bild prangte in verschiedenen Formen an den Bilderläden, seine Lebensgeschichte war in den politischen Blättern zu lesen — wahrscheinlich entnommen aus den nicht lange vorher stattgefundenen Ovationen zur Zeit seines Jubiläums. Ebenso vermisste man einen Ueberblick der Tagesordnung, aus der man hätte abnehmen können, was in den verschiedenen Sectionen vorkam. Ferner tagten alle Sectionen zu gleichen Stunden, so dass ein Hospitiren unmöglich war, wenn man sich seiner eigenen Section ganz widmen wollte. Ich habe z. B. keine andere kennen gelernt. Die Tagesordnung nahm die Zeit des Einzelnen stark in Anspruch. Von 9—12 und 1—3 Uhr war fast täglich Sitzung der Sectionen, darnach allgemeine Sitzung in der Aula, und projectirt waren noch populär-wissenschaftliche Vorträge Abends, welche meines Wissens nicht realisirt worden sind.

Als Vertreter der verschiedenen Nationen waren am gefeiertsten *Pasteur* unter den Franzosen, *Virchow* unter den Deutschen und *Paget* unter den Engländern. Alle 3 wussten in gleich trefflicher Weise ihre Nationen zu repräsentiren, sei es unter den Königinnen und Königen (denn auch der König von Griechenland war mit Gemahlin da), sei es unter den Mitgliedern, sei es im Volke. Am populärsten erschien aber dem letzteren doch *Pasteur*.

An der Section für Psychiatrie und Neuropathologie nahmen Theil aus Deutschland: *Burkart* - Bonn, *Eulenburg* - Berlin, *Fürstner* - Heidelberg, *Paetz* - Altscherbitz, *Köhler* - Colditz, *Lorent* - Bremen, *Müller* - Blankenburg, *Möbius* - Leipzig, *Edel* - Charlottenburg und ich; aus Frankreich: *Lunier*, *Magnan*, *Ball*, *Pitres;* aus Oesterreich: *Adamkiewicz*, *Obersteiner;* aus Russland: *Afanassiew*, *Roth*, *Rosenbach*, *Bashenew;* aus den nordischen Provinzen, wozu man auch Finnland rechnete: *Friedenreich*, *Gaedeke*, *Kjellberg*, *Steenberg*, *Pantoppidan*, *Rohmell*, *Homén*, *Hallager*, *Saelan*, *Lindboe*, *Jaederholm;* aus Holland: *Ramaer;* aus Constantinopel: *Zambaco;* aus Portugal: *Magalhaes e Lemos*.

Eine eigenthümliche Sitte hatte es mit sich gebracht, dass auch wie in den früheren internationalen Congressen für jede Section eine Anzahl Ehren-Präsidenten proclamirt wurden, für die unsrige: *Ball*, *Lunier*, *Magnan* aus Paris, *Ramaer* aus Haag, *Eulenburg* und *Laehr* aus Berlin, *Obersteiner* aus Wien, *Adamkiewicz* aus Krakau, *Gaedeke* aus Kopenhagen und *Kjellberg* aus Schweden. Prof. *Steenberg* war wirklicher Präsident, überliess aber aus Höflichkeit dies Amt den Collegen.

Aus dem vorstehenden Verzeichnisse kann man schon ersehen, von welchem Interesse es war, diejenigen persönlich kennen zu lernen, deren Namen und Wirken uns literarisch nahe getreten waren, und mit denen man nun leichter für spätere Arbeiten in Verbindung treten konnte. Nirgends so als in Kopenhagen ist es mir aufgefallen, wie jetzt die ganze Zeitrichtung ein internationales Gepräge angenommen hat. Schon unsere zahlreichen Zeitschriften, auch Fachschriften, deuten darauf hin. Die meisten Blätter werden grossentheils durch Auszüge aus Arbeiten anderer Nationen ausgefüllt und

Digitized by Google

letztere dadurch zu unserer Kenntniss gebracht. Der Buchhandel ist ein ganz anderer geworden, jeder ordentliche Buchhändler hat die rascheste Verbindung mit den fernsten Punkten. Die Eisenbahnen vermitteln den persönlichen Verkehr. Wir wissen das Meiste über das Irrenwesen fremder Länder, z. B. über das der Spanier und Italiener durch Franzosen (*Seguin*, *Billod*), über England durch Deutsche. Während für uns Aeltere es genügte, dass wir die Schriften lasen, kann man den Jüngeren nur rathen, die sprachlichen Kenntnisse zum mündlichen Verkehr sich zu erwerben.

Die sprichwörtliche nordische Gastfreundschaft machte sich in der liebenswürdigsten Weise auch in und mit der Familie geltend. Die Stadt hatte ein grosses Zelt auf einem Rasenplatze in der Nähe der Sitzungen aufspannen lassen, in welchem während der Stunde von 12—1 Uhr alle Arten von Erfrischungen und Esswaaren zu haben waren. Alle historischen, Kunst- und Krankenanstalten standen geöffnet. Besichtigte man eine Wohlthätigkeitsanstalt, so wurde man zuerst an einen Frühstückstisch geführt und dann erst zeigten die Collegen die baulichen und inneren Einrichtungen. Sowohl der König als die Stadt luden zu opulenten Diners und Soupers. Festlich geschmückte Schiffe fuhren uns nach der Kronenburg am Sunde, wo in einer Reihe von Gemächern Tafeln aufgestellt waren, die unter der Last der feinsten Speisen und Getränke zu brechen drohten.

Für unsere Section war noch besonders eine Extrafahrt nach der städtischen Irrenanstalt, dem St. Hans-Hospitale, arrangirt, die noch einmal alle Mitglieder in der fröhlichsten Stimmung vereinte und auf der Rückfahrt in der hell erleuchteten Kathedrale durch die Töne eines virtuos ausgeführten Orgelconcerts einen weihevollen Abschluss erhielt. Schon die Anstalt mit ihren vielen Neubauten und seiner prachtvollen Lage am Meere war von hohem Interesse. Die Heil- und Pflegeanstalt liegt weit von einander getrennt. Wenn wir uns dessen erinnern, dass noch vor wenigen Jahren die Stadt Berlin es nicht für zulässig hielt, die projectirte Irrenanstalt in einige Entfernung zu legen und die Lage von Dalldorf ihr schon zu fern schien, konnte man überrascht sein, dass die Anstalt in Kopenhagen 4 Meilen von der Stadt verlegt war und nicht zum Schaden derselben.

Es war uns vergönnt, einen tieferen Einblick in das Irrenwesen der nordischen 4 Reiche (Dänemark, Schweden, Norwegen und Finnland) zu gewinnen. Die dortigen Collegen hatten sich der grossen Mühe unterzogen, Schriften dazu vorzubereiten, und sie zeigten sich sehr vertraut mit der ausländischen, namentlich deutschen Literatur. Das Irrenwesen ist wohl geordnet und der gesetzgeberische Theil andern Culturstaaten voraus. Es fällt Niemandem ein, vorauszusetzen, dass Jemand in den Irrenanstalten widerrechtlich der Freiheit beraubt werden könne, was bekanntlich in England, Frankreich und Amerika zu sehr verkehrten gesetzlichen Bestimmungen geführt hat und noch führt. Im St. Hans-Hospitale werden z. B. alle Arten von Gehirnleiden aufgenommen und kein Aufnahmegesuch braucht zurückgewiesen zu werden. In Schweden kennt man den in einigem Verruf bei

Digitized by Google

uns stehenden Namen Irrenanstalt nicht; letztere führt von jeher den Namen Hospital, während die anderen Krankenanstalten Lazareths heissen.

Einen Ueberblick über diese Verhältnisse ergiebt eine unter uns vertheilte Broschüre (*Steenberg*, Aperçu statistique sur les aliénés et les institutions psychiatriques de la Scandinavie, Copenhague, 1884, 23 p.), über die, ebenso wie über die gehaltenen Vorträge im Folgenden Einiges berichtet werden soll.

1. *Steenberg*, Aperçu statistique sur les aliénés et les institutions psychiatriques de la Scandinavie, Copenhague, 1884, 23 p.

In Dänemark ist der Lebensunterhalt leicht zu finden. Dies hat zur Folge, dass man die Kranken schwerer in die Hospitäler schickt, gegen welche Vorurtheile vorhanden sind. Wenn das Volk die Vorzüge derselben kennen gelernt hat, dann überlässt sie sie ihnen gern, daher man jetzt wiederum eine neue Anstalt baut. In Schweden lebt die Bevölkerung zerstreuter und die Zahl der Plätze in den Anstalten entspricht ihr noch nicht. In Norwegen und Finnland drängt die Vertheilung der Bevölkerung selten zur Nothwendigkeit, die Kranken der Anstalt zu übergeben, jede Familie lebt meist isolirt. Der Charakter ist ruhig, schweigsam, das Klima bedingt einen steten Kampf. Meist zeigt die Geistesstörung den Charakter der Melancholie, welche schnell zur Dementia übergeht, besonders unter der Form relig. Exaltation. Der Kranke bleibt zu Hause. Diese beiden Länder haben daher weniger Anstalten und geringere Zahl der Plätze darin. In Schweden betrug die Zahl der Kranken 1880 bei 4,565,668 Seelen 7118 (15,6 pCt.), in Norwegen 1865 bei 1,701,756 3156 (18,5 pCt.), in Finnland 1880 bei 2,060,782 S. 4380 (21,2 pCt.), in Dänemark 1880 bei 1,980,259 S. 3288 (17,4 pCt.). In Schweden waren davon in den öffentlichen Anstalten 1727, in privaten 7, in den Hospitälern 145, zu Hause 5239. In Norwegen in öffentlichen Anstalten 1041, in Hospitälern ca. 145, zu Hause 2115; in Finnland in Anstalten 443, in Hospitälern 91, zu Hause 3846; in Dänemark in öffentlichen Anstalten 1845, in Hospitälern 254, zu Hause 1189, daher in allen 4 Ländern in öffentlichen Anstalten 5056, in privaten 7, in Hospitälern 490, zu Hause 12,389.

In Dänemark ist nur ca. die Hälfte der Kranken in Anstalten, während England davon 61,5 pCt. und Schottland 75,6 pCt. dort pflegt.

In Schweden wurden während des Mittelalters die „Hellig Aands Huse“ und der „fraternitates“ zur Aufnahme erkrankter Reisenden und Irren unterhalten. Nach der Reformation 1527 wurden alle Klöster aufgehoben, nur jene nicht, sie wurden nur für Irre bestimmt und Hospitäler genannt, während man den andern Krankenanstalten den Namen „Lazarethe“ gab. So bis auf den heutigen Tag. Das grösste war 1531 durch König Gustav im alten Franziskanerkloster zu Stockholm errichtet und dies 1551 nach Danviken ausserhalb der Stadt übersiedelt. Dies diente, bis 1861 Conradsberg neu erbaut war. Das „Maison du St. Esprit“ zu Upsala wurde 1305

Digitized by Google

errichtet, 1548 reorganisirt und 1766 hauptsächlich für Irre bestimmt, konnte aber noch 1802 nur 35 Kranke aufnehmen. Jetzt hat es Platz für 400 Irre. Ebenso entstand das Hospital von Wadstena, anfänglich ein Nonnenkloster der St. Brigitta; jetzt Platz für 360 Kranke. 1773 wurden alle Hospitäler dem Seraphinenorden unterordnet, die kleineren wurden aufgehoben. 1877 wurde der Orden aufgehoben und der Staat übernahm die Leitung. Gegenwärtig hat Conradsberg 260, Upsala 400, Wadstena 360, Wexio 220, Lund 342, Goteborg 170, Hernosand 221, Wykjobing 70, Wisby 30, Malmoe 175 Plätze.

In Norwegen mussten seit 1736 die Hospitäler einige Zimmer zur Aufnahme einiger Irren bereit halten, aber erst 1855 wurde die Irrenanstalt in Gaustad eröffnet, 1871 die neue Anstalt von Rotvold bei Drontheim und 1881 die Anstalt zu Eg, nahe bei Christiansand. Auch 2 Privatanstalten sind zu Bergen, das Asyl von Rosenberg und das von Moellendal, beide für arme Kranke und ganz den Bestimmungen der öffentlichen Anstalten unterworfen. Gaustad hat 318, Communehospital von Christiania 124, Oslo 42, Christiansand 19, Stavanger 5, Bergen 67, Rosenberg 144, Moellendal 63, Communalasyl von Drontheim 66, Rotvold 193 Kranke. Es hat 230 Plätze.

In Finnland wurden in den leprösen Häusern von Sjähloe 1771 40 Irre, in denen von Kronoby schon 1687 7, später 25 Irre aufgenommen, die 1841 in die Irrenanstalt von Lappoik aufgenommen wurden. 1841 mussten in allen allgemeinen Krankenhäusern 4 Zellen bis zur Aufnahme der Kranken in Lappoik errichtet werden. 1873 wurde eine Commission zur Reorganisation des Irrenwesens eingesetzt. Diese setzte fest, dass bei jeder Hauptstadt eines Districtes 20 Plätze in einer Beobachtungsstation bei einer Aufenthaltsdauer von nicht über 6 Monat eingerichtet, dass 2 Centralanstalten zu je 500 Kranken zu Kuopio und zu Tammerfors erbaut werden, mit ihnen verbunden kleine Familienhäuschen für 1 Wärter und einige Kranke, behufs landwirthschaftlicher Beschäftigung. Das Hospital zu Lappoik soll Heilanstalt und klinisches Institut bleiben, das Hospital Sjähloe Epileptische und andere unheilbare Irre, ebenso die criminellen Irren aufnehmen. Das Hospital zu Sjähloe hat zur Zeit 67, Lappoik 120, die Aufnahmestation zu Aabo 20, die zu Wasa 20, die zu Uleaaborg 20, die zu Wiborg 20, die zu St. Michel 12, die Anstalt zu Kuopio jetzt 120, später 500 Plätze.

In Dänemark liess 1632 Christian IV. 30 Zellen für Irre in St. Joergensgaard einrichten, welches ursprünglich für Lepröse erbaut und St. Joergen (St. Georg) gewidmet war. Der Name wurde in St. Hanshospital (Hôpital de St. Jean) umgewandelt und Irren wie contagiösen Krankheiten geöffnet. 1658 durch die Schweden zerstört, wurde es reconstruirt. 1766 wurde durch einen Wohlthäter Claudi Rosset ein grosses Kapital den Irren gewidmet. Durch die Engländer 1807 wieder zerstört, wurde die Anstalt nach Roskiloe verlegt und ist seitdem zu der bisherigen grossartigen Anstalt umgewandelt.

Dänemark hatte im St. Hanshospital am 1. Januar 1884 795 Kranke,

Digitized by Google

Aarhus 415, Vordingborg 435, Viborg 314. Eine neue Anstalt wird für 400 Kranke bei Middelfart gebaut. Einen Generalinspector giebt es in Scandinavien nicht. In Schweden ruht die Aufsicht in der Direction de la medecine, deren Director alle Krankenanstalten unter sich hat. In Norwegen stehen die Anstalten unter dem Justizministerium, während die Communalasyle den Communen untergeordnet sind. Ebenso in Dänemark, wo das St. Hanshospital der Commune zugehört, während die anderen 3 Anstalten staatlich sind. In Finnland sind alle Anstalten Staatsasyle und ressortiren unter die Direction der Medicin überhaupt. In Scandinavien giebt es keine Privatanstalten, nur 2 kleine in Stockholm und Malmoe. Die 2 Anstalten, wohin Bergen seine Kranken schickt, sind zwar private, nehmen aber nur arme auf. Die Reichen sind Pensionäre der vorhandenen Anstalten. Ein Gesetz, welches verhindern sollte, Gesunde in Irrenanstalten unterzubringen, ist in Scandinavien überflüssig. Dies ist nicht geschehen und ist nicht möglich. So etwas kommt nur in Romanen vor. Das Gesetz muss für die Irren innerhalb und ausserhalb der Anstalten gleich sein.

Das Schwedische Gesetz vom 2. November 1883 bestimmt, dass alle Staatsanstalten eine gemeinsame Direction haben, jede Anstalt aber eine specielle Direction, bestehend aus dem Präfecten der Provinz als Präsidenten, dem dirigirenden Arzte und 4 anderen Mitgliedern. Die Staatsanstalten bestehen in Hospitälern für die heilbaren, die gefährlichen und die der gesetzlichen Untersuchung bedürftigen Irren, und in Asylen für unheilbare, epileptische und gefährliche idiotische Irren. Alle andern Hospitäler haben die Pflicht, jeden Irren provisorisch aufzunehmen. Der Aufnahme geht ein ärztliches Attest vorher, der dirigirende Arzt entscheidet über die Aufnahme und Entlassung. Zur Errichtung einer Privatanstalt gehört die staatliche Genehmigung, und sie ist der gleichen Aufsicht unterworfen. Von der Aufnahme ist binnen 3 Tagen Anzeige zu erstatten. Auch die Kranken in ihren Familien werden beaufsichtigt und die behandelnden Aerzte haben jährlich an die Direction der Medicin Bericht zu erstatten.

In Norwegen ist das Gesetz vom 17. August 1848 ähnlich. Auch hier entscheidet der dirigirende Arzt über Aufnahme und Entlassung.

In Finnland ist ein ähnliches Gesetz vom 4. Februar 1840.

In Dänemark existirt kein Irrengesetz, aber alle öffentlichen Anstalten haben Reglements. Privatanstalten sind wie in jenen Staaten erlaubt, doch ist eine Autorisation nicht nöthig. Die Kranken dort sind der Controlle wie in den öffentlichen Anstalten unterworfen. In den Familien ist keine vorhanden, aber in kleinen Staaten sind solche Gesetze auch nicht nothwendig.

In Schweden ist die Psychiatrie obligatorisch. Psychiatrische Klinik ist seit 1859 in Upsala, seit 1812 in Stockholm und seit 1862 in Lund. In den anderen 3 Ländern giebt es psychiatrische Kurse und ausserdem Interne in den Anstalten.

Für die Idioten sorgt in Schweden nicht der Staat, sondern die Commune. Es giebt 6 öffentliche Communalanstalten, 3 durch Vereine unter-

Digitized by Google

haltene und 2 private. Zur Zeit sind 291 Plätze in diesen 11 Anstalten. Das Cultusministerium überwacht sie. Der Staat giebt eine Subvention von 140 Frcs. für Kinder von 6—11 J. Die gefährlichen Idioten kommen in die Irrenanstalten. 1882 gab es 4227 Idioten, also 9,25 pCt. auf 10,000 Seelen oder 1 auf 1082.

In Norwegen gab es Ende 1865 2039 Idioten, daher 1 : 835 oder 11,98 pCt. auf 10,000 Seelen. Die Idiotie ist häufiger auf dem Lande als in den Städten, dort 1 : 746, hier 1 : 2357. Oeffentliche Anstalten sind nicht da, aber 2 private in Christiania, die eine für Knaben, die andere für Mädchen, welche vom Staate subventionirt und beaufsichtigt werden. Jede hat ca. 70 Zöglinge.

In Finnland ist die Zahl der Idioten unbekannt, aber man kennt aus den Schulen die Zahl der Kinder unter 17 J. Diese beträgt 1882 1268 (738 m., 530 w.), daher 6,05 pCt. auf 10,000 Seelen oder 13,70 pCt. auf 10,000 des entsprechenden Alters. Keine öffentliche Anstalt, aber eine private seit 1877 in Jacobsstad mit Subvention des Staates. Ein Schulrath von 3 Mitgliedern hat die Inspection.

In Dänemark betrug die Zahl der Idioten 1. Januar 1880 2602 (1415 m., 1187 w.), daher 13,2 pCt. auf 10,000. Keine öffentliche Anstalt, aber 3 private mit Unterstützung und unter Aufsicht des Staates; die eine bei „Rahbeks Allé", gegründet 1855 durch freiwillige Beiträge und aus drei Abtheilungen bestehend, und die andere von Keller zum Unterricht, errichtet 1865, und das Asyl zu Karens Minde seit 1880.

2. Prof. *Adamkiewicz*, Zur patholog. Histologie der Tabes.

R. unterscheidet 2 Arten von Tabes, 1) eine interstitielle Degeneration, hervorgehend aus dem die Arterien der Hinterstränge begleitenden Bindegewebe, 2) eine primäre Erkrankung der Nervenfasern, die hauptsächlich in den Goll'schen Strängen und in den F-förmigen Feldern der Keilstränge beginnt. Diese letztere Form sei besonders schön durch Safraninfärbung in ihren Details zu erkennen.

3. *Obersteiner*, Ueber die Morphiumsucht und ihre Behandlung.

Bei der Behandlung der Morphiumsucht sei weder die plötzliche noch die langsame Entziehung oder eine in der Mitte stehende Methode stets anwendbar, sondern man müsse auch hier individualisiren; überhaupt von der Kur als aussichtslos abzusehen sei, wenn die Ursache des Morphinismus — physische oder psychische Schmerzen — nicht gehoben sei, ferner bei älteren Individuen (über 60 Jahre), bei körperlich sehr herabgekommenen oder in hohem Grade nervös erregbaren Patienten; grosse Vorsicht sei geboten bei Personen mit starken Herzfehlern. Während der Entziehung könne Cocainum mur. (0,05—0,1 mehrmals am Tage) die unangenehmen Empfindungen der Morphiumabstinenz wesentlich abschwächen. Lebensgefährlich sei nur der Collaps, der aber auch noch in sehr später Periode der Absti-

Digitized by Google

nenz eintreten könne. Die Folgeerscheinungen des chron. Morphinismus, die mitunter auch nach anscheinend erfolgreicher Entziehungskur zurückbleiben, liegen auf psychischem Gebiete und führen gelegentlich zu Selbstmord oder Geistesstörung.

4. *Paetz*, Die Bedeutung der Arbeitscolonien für die Behandlung der Geisteskrankheiten.

Um die Ueberfüllung der Anstalten zu lindern und den Kranken die ihnen förderliche grössere Freiheit und Behaglichkeit zu verschaffen, habe sich neben der familiären Verpflegung neuerdings das System der Ackerbaucolonien in den Vordergrund gestellt. Vortheile desselben seien die grössere Ausdehnung, Mannigfaltigkeit, Organisation und Verwerthung der Arbeit, die grössere Billigkeit und die sich aus dem ländlichen Leben ergebenden gesundheitlichen Vorzüge. Nachtheile seien die grössere Schwierigkeit der Controle und Ueberwachung, sowie die Unmöglichkeit, gewaltthätige und zur Flucht neigende Kranken geeignet unterzubringen. In Alt-Scherbitz habe man durch Combination einer Centralanstalt und einer Reihe von Landhäusern diesen Uebelständen möglichst abgeholfen.

5. Prof. *Kjellberg*, Du rôle des écoles pour la production des maladies mentales.

Ref. bezeichnet die bestehenden Schuleinrichtungen als gefährlich, da sie dem Schüler andauernde geistige Arbeit bis in die Nacht hinein zumuthen und oft auch auf die physische Entwicklung schädlich einwirken. Eine Anzahl Fälle werden mitgetheilt, um die directe Entstehung von Geisteskrankheit durch Ueberarbeitung der Schüler zu beweisen. Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Unfähigkeit etwas zu verstehen und zu behalten, Unlust, Angstgefühl, Launenhaftigkeit seien die ersten Erscheinungen, dazu gesellen sich dann plötzlich eintretende Muskelschwäche, spastische Bewegungserscheinungen, Hallucinationen, impulsive Instincte und Anfälle von Bewusstlosigkeit. — Die Psychiatrie müsse die moderne Erziehung auf den richtigen Pfad zurücklenken.

6. *Eulenburg*, Die Heilbarkeit der Tabes.

Vollständige Heilungen (im klin. Sinne) kommen vor, sind aber nur dann zuzugeben, wenn an Diagnose kein Zweifel war und das allmähliche Verschwinden der charakteristischen Symptome und die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit, sowie jahrelanges Ausbleiben der Recidive sicher ist. Dann ca. 1 pCt. geheilt, ohne dass eine Behandlungsart besonders dazu führte, oder ein Criterium der Heilbarkeit existirte. Pathol.-anat. ist vielleicht überhaupt keine Heilung, es finden sich vielmehr sehr diffuse Degenerationen der Hinterstränge, wo klinisch eine völlige oder beinah völlige Heilung der Tabes existirte. Man kann günstigere Fälle da annehmen, wo der Process peripher, z. B. an den Hautnervenverzweigungen oder medullär interstitiell begann.

Digitized by Google

7. *Ball*, De l'hérédité dans la paralysie générale.

Ref. fand zwar selten directe Vererbung, dagegen häufig bestimmte charakteristische Züge in den Familien der Paralytiker. Als solche charakteristischen Züge bezeichnet er die lange Lebensdauer der Ascendenten, den grossen Kinderreichthum, das seltene Vorkommniss eigentlicher Geisteskrankheiten, dagegen grosse Häufigkeit von Gehirnaffectionen, endlich die hohe Mortalitätsziffer in den ersten Lebensjahren. So erscheinen die Paralytiker zu Gehirnstörungen durch Familienanlage prädisponirt.

8. *Rohmell*, Du rôle de la syphilis dans la paralysie gén. des aliénés.

Ref. fand unter seinen Paralytikern eine so grosse Zahl früherer Syphilitiker, dass er einen Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse annehmen zu müssen glaubt. Meist sei die Syphilis um mehrere Jahre vorhergegangen und milde verlaufen. Auch die Arterienveränderungen und die meningitischen Verwachsungen der Paralytiker scheinen ihm auf Syphilis hinzuweisen. Gerade die dänischen und speciell die Kopenhagener Verhältnisse erleichterten sehr diese Untersuchungen, da alle Syphiliden Kopenhagens dem städtischen Krankenhaus, alle Geisteskranken dem St. Hans-Hospital überwiesen werden.

In der Discussion bestätigten *Kjellberg*, *Steenberg* und *Homén* die Ausführungen des Redners. *Möbius* machte auf die Analogie mit der Tabes aufmerksam. *Bashenew*, *Ramaer*, *Fürstner* und *Magnan* konnten dagegen keinen Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse zugeben.

9. *Eulenburg*, Die vasomotorischen und trophischen Neurosen.

Redner stellt folgende Sätze auf:

1. Mit den Ausdrücken „vasomotorische Neurosen“ (resp. Angioneurosen) und „Trophoneurosen“ wird durch zu weite und vage Anwendung derselben vielfacher Missbrauch getrieben. Aufgabe der experimentellen und klinischen Beobachtung ist es einerseits diesen Missbrauch zu bekämpfen, anderseits aber auch die Existenzberechtigung jener Benennungen für gewisse Formen pathologischer Innervationsstörung Zweifeln und Angriffen gegenüber in Schutz zu nehmen, und endlich die Gebiete der Angioneurosen und der Trophoneurosen schärfer, als es bisher im concreten Falle häufig gelungen ist, von einander zu separiren.

2. Es giebt centrale (cerebrale, bulbäre, medulläre) und peripherische Angioneurosen, Neurosen der Vasoconstrictoren und Vasodilatatoren, cutane und viscerale Angioneurosen. Sehr exquisite Beispiele einer angioneurotischen Hautaffection liefern uns u. A. gewisse Erythemformen und die Urticaria.

3. Die Existenz von trophischen Nerven und von Neurosen derselben (Trophoneurosen) ist nicht zu bezweifeln.

4. Derartige Neurosen werden in der Haut, in den Endigungsapparaten

Digitized by Google

(Muskeln, Knochen, Gelenke), in Drüsen, Eingeweiden, Sinnesorganen u. s. w. beobachtet.

5. Die hierher gehörigen pathologischen Innervationszustände können ihrem Wesen und ihrer Entstehung nach unterschieden werden:

a. in solche, denen eine fehlende, herabgesetzte oder aufgehobene Erregung trophischer Nerven zu Grunde liegt (neurotische Agenesien, Atrophien und Aplasien);

b. in solche, die auf einer chronisch gesteigerten Action trophischer Nerven beruhen (neurotische Hypertrophien und Hyperplasien;

c. endlich in solche, bei denen ein acuter wohl meist entzündlicher (neuritischer) Reizzustand trophischer Nerven als Ursache angesehen werden muss (neurotische Dystrophien und Paratrophien).

Evidente Beispiele von a. und b., welche zugleich rein beobachtete, klinische Krankheitsformen darstellen, liefern uns die einseitige Gesichtsatrophie und Gesichtshypertrophie (resp. verwandte Zustände des Rumpfes und der Extremitäten). Beispiele von c. (Dystrophien in Folge acuter Reizung) der Herpes Zoster und gewisse andere Exanthemformen (Pemphigus), ferner gewisse Formen von Decubitus und die sogenannten neuroparalytischen Ophthalmien. Ob bei der symmetrischen Gangrän Innervationsstörungen vasomotorischer oder trophischer Nerven oder vielleicht beider vereinigt in gewissem Umfange zu Grunde liegen, bleibt noch zu entscheiden.

10. Nachdem dann *Baraduc* über die Behandlung chronischer Rückenmarkscongestionen und Exsudationen mittelst ventouses vésicantes gesprochen, redeten

11. und 12. *Roth* und *Friedenreich* sur la sclérose latérale amyotrophique.

Roth unterscheidet unter den Krankheitsfällen der progressiven Muskelatrophie mehrere gesonderte Gruppen, die sich pathogenetisch, klinisch und anatomisch gut trennen lassen. Er berücksichtigt hierbei nur die Fälle mit chronischem Verlauf. Ein grosser Theil derselben falle in den Rahmen der amyotrophischen Lateralsklerose, deren Grundprocess in einer fortschreitenden Atrophie der Pyramidenbündel und der grossen motorischen Zellen des Rückenmarks und der Bulbärkerne bestehe. Eine 2. Gruppe bestehe aus den Fällen erblicher Muskelatrophie, die sich bisweilen mit Pseudohypertrophie combinire, und deren Grundprocess in den Muskeln zu suchen sei. Die 3. Gruppe umschliesse Fälle gleichen klinischen Verlaufs, doch ohne dieselbe Aetiologie. Auch bei dieser Form — atrophie musculaire progressive essentielle, protopathique (besser als „juvenile Form der progressiven Muskelatrophie“ *Erb*) sei das Nervensystem unbetheiligt, wie ein Fall des Redners beweise. Die von einer Poliomyelitis ant. abhängige progressive Muskel-

Digitized by Google

atrophie existire, sei aber nicht durch klinisch-anatomische Beobachtungen hinreichend erwiesen. — Dazu kommen dann die von periependymärer Ursache, Hydromyelie, Syringomyelie abhängigen Fälle progressiver Muskelatrophie, ferner die übrigen „deuteropathischen Formen“ *Charcots*, schliesslich wenig bestimmte Formen mit langsamer Entwicklung, z. B. die „sympathischen“ Fälle, bei denen auf die Verletzung eines Muskels, einer Sehne, eines Nervs, die sich erst später verallgemeinernde Muskelatrophie folgt.

Friedenreich unterscheidet 4 Gruppen der progressiven Muskelatrophie, nämlich zunächst die 3 ersteren Formen *Roth's*, sodann als 4. die „spinale protopathische amyotrophische Form“, deren Ursache die Atrophie der motorischen Rückenmarkszellen sei, ohne Betheiligung der weissen Substanz. Doch bestehe diese Gruppe vielleicht nur aus atypisch verlaufenden Fällen der amyotrophischen Lateralsklerose.

13. *Adamkiewicz*, Ueber Hirnreizung, Hirnverletzung und Hirncompression.

Alle fremden Einflüsse, welche das Gehirn in seinem normalen Verhalten stören, sei es, dass sie dessen Kreislauf alteriren, sei es, dass sie auf die Gehirnsubstanz direct einwirken, rufen Reactionen von Seiten des Gehirns hervor, welche in der Störung der Functionen gewisser mächtiger Organe und Organcomplexe ihren Ausdruck finden.

Zu diesen Organen gehören vor Allem die Augen, das Herz, die Lungen und die Musculatur. Und ihre Functionsstörungen treten auf in der Form von Nystagmus, Arythmie, Unregelmässigkeit der Respiration und in der Gestalt von Krämpfen.

Da wir nun diejenigen Einwirkungen auf eine nervöse Substanz, welche letztere an Thätigkeitsäusserungen oder Reactionen anregt, als Reize bezeichnen, so geht daraus hervor, dass Nystagmus und die anderen eben angeführten Functionsstörungen des Gehirns Reizerscheinungen desselben sind. In der That lässt sich auch experimentell der Nachweis führen, dass alle physiologischen Reize das Gehirn zu ein und denselben und zwar den angeführten Reactionen veranlasst.

Jeder Reiz versetzt die nervöse Substanz in einen abnormen Zustand und zwar in um so höherem Grad, je intensiver er selbst ist. Seine nervöse Substanz kann aber einen abnormen Zustand nur bis zu einer gewissen Grenze ertragen. Es erhellt hieraus, wie mit der Intensität der Reize die Grenze der Widerstandsfähigkeit der nervösen Substanz näher rückt und früher erreicht wird. Ist sie aber erst einmal erreicht, dann wechselt der Zustand der nervösen Substanz und aus dem activen wird ein passiver, der der Lähmung. Wird also das Gehirn mehr gereizt, als es vertragen kann, so muss auch das Gehirn gelähmt werden. Und diese Lähmung äussert sich zunächst in soporösen und comatösen Zuständen und schliesslich, wenn die Alteration der Gehirnsubstanz eine universelle wird, in allgemeiner Paralyse.

Seit Alters her gelten nun aber in der Pathologie die angeführten

Digitized by Google

Reizungs- und Lähmungserscheinungen des Gehirns, indem sehr verschiedene Combinationen derselben angenommen werden, als pathognomonische Zeichen ganz bestimmter pathologischer Zustände des Gehirns. Diese Zustände sollen sein:

Die Compressio, die Contusio und die Commotio cerebri. Unter Compressio cerebri oder Gehirndruck hat man eine durch raumbeschränkende intracranielle Herde angeblich bewirkte Verdrängung von Cerebrospinalflüssigkeit und dadurch hervorgerufene Spannungszunahme im Innern des Schädels verstanden, welche Anämie des Gehirns zur Folge haben sollte. Aufgebaut hat sich diese Lehre auf der Voraussetzung, dass die nervöse Substanz incompressibel sei.

Es lässt sich aber der experimentelle Beweis liefern, dass diese Voraussetzung falsch ist, dass in Folge dessen eine Spannungszunahme des Liquor unter den angegebenen Verhältnissen sich nicht entwickeln kann, und dass intracranielle Herde nicht Anämie, sondern Hyperämie im Gehirn erzeugen.

Unter Contusio cerebri hat man die mit den oben angeführten Erscheinungen einhergehenden traumatischen Läsionen des Gehirns verstanden.

Wir wissen heut zu Tage, dass eine freie Läsion des Gehirns nur einfache von der Function der verletzten Stelle abhängige sog. „Ausfallserscheinungen" hervorbringt. —

Unter Commotio cerebri endlich versteht man durch heftige allgemeine Traumen, also auf dem Wege des Reflexes hervorgerufene comatöse Zustände, d. h. Ueberreizungen oder Lähmungen des Gehirns.

Es folgt aus alle dem:

Compressio, Contusio und Commotio cerebri sind nicht von einander getrennte Affectionen des Gehirns, — sondern im wesentlichen identische Reizungs- und Lähmungsphänomene derselben. — Sie haben damit die wissenschaftliche Berechtigung, als gesonderte Krankheitszustände angesehen zu werden, verloren. Wissenschaftlich berechtigt kann demnach fortan nur die Unterscheidung der drei allgemein pathologischen Zustände des Gehirns sein:

1) der Hirnreizung und Hirnlähmung; —
2) der Hirnverletzung und
3) der Hirncompression.

Letztere hat ihre besondere, für sie charakteristische Pathologie. Und wie der Effect der Hirnverletzung von der Art der letzteren abhängt, ist für die Wirkung der Compression sowohl die Art, als der Grad von Wichtigkeit. Es sind aber drei Grade der Compression zu unterscheiden. Der erste ist derjenige, bei welchem die Compression der Compressibilität der Nervenmasse entspricht.

Dieser Grad verläuft symptomlos. — Der zweite Grad ist derjenige, bei welchem die Compression die Compressibilität der Nervenmasse übertrifft, aber noch nicht zerstörend auf das Nervengewebe einwirkt. Diesem Grade kommen die der Compression eigenthümlichen Functionsstörungen zu. — Der

Digitized by Google

dritte Compressionsgrad ist endlich derjenige, bei welchem der Druck gleichzeitig zerstörend wirkt. Dieser Grad unterscheidet sich von einem gewöhnlichen Trauma in seiner Wirkung nicht.

14. *Müller*, Die dyscrasischen Momente, welche bei der Genese der Psychosen und Neurosen eine Rolle spielen.

Die Veränderungen in der normalen Beschaffenheit des Blutes bilden die ergiebigste Quelle für die Störungen und Erkrankungen des Nervensystems, sowohl seiner centralen wie peripherischen Provinzen. Diese dyscrasischen Momente sind ergeben theils durch von aussen kommende dem Organismus fremdartige Stoffe, welche durch Aufnahme in den Blutstrom die Functionen des Nervensystems von hier aus verändern können.

Solche Krankheitserreger sind theils toxischer oder septischer Natur, theils sind es Gase, theils bestehen sie aus Bacterien, welche die Blutmischung bald schneller, bald langsamer verändern und meist zu specifischen Erkrankungen des Nervensystems führen. Eine andere Gruppe von Dyscrasien wird durch die Aufnahme von Alcohol, Morphium, Tabak in den Organismus bedingt, welche gleichfalls vom Gefässsystem aus die Functionen des Nervensystems stören und meist auch Neurosen in specifischer Form veranlassen. Als Dyscrasien sind aber endlich auch alle diejenigen Entmischungszustände des Blutes zu betrachten, welche sich im Körper selbst oder von diesem ausgehend als Producte falscher Ernährung und Blutbildung, durch fehlerhafte Oxydation, gehemmte Ausscheidungen (Cholämie, Urämie) bilden. — Die Anwendung der Spectralanalyse des Blutes für die Diagnose der Entartungen des Blutes.

15. *Hallager*, Les troubles psychiques dites équivalents d'un accès d'épilepsie.

R. glaubt das sog. psychische Aequivalent des epileptischen Anfalls als postepileptisches Irresein auffassen zu können, da kleine epileptische Anfälle sehr oft übersehen werden, und man dann das auf sie folgende Irresein als Aequivalent des Anfalls betrachte.

16. Prof. *Kjellberg*, La valeur des exercices dans le traitement des maladies mentales.

Nothwendiger als bei andern Erkrankungen seien körperliche Bewegungen im Freien — weniger gut Zimmergymnastik — bei der Behandlung von Psychosen, und aus dieser Thatsache erklären sich mit die vorzüglichen Resultate der agricolen Colonien.

17. *Rosenbach* sprach über die Pathogenese der Epilepsie.

18. *Storch*, Beitrag zur Behandlung von Migräne und Kopfweh beim Weibe, berichtet über Fälle, wo örtliche Behandlung von Erosionen, Schleimpolypen etc. am Uterus die Migräneanfälle bedeutend besserte.

An der Debatte betheiligten sich *Zenker*, *Falk*, *Laehr* sen. und *Edel*.

Schluss der Sitzung 5 Uhr. Dr. *Guttstadt*.

Digitized by Google

19. Versammlung der Mitglieder des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zu Hannover am 1. Mai 1885.

Zu der um 4 Uhr Nachmittags eröffneten Sitzung hatten sich die nachstehenden Herren Collegen eingefunden: *Burghard*-Hannover, *Eckelmann*-Marburg, *Engelken*-Rockwinkel, *Fontheim*-Liebenburg, *Hesse*-Ilten, *Kelp*-Oldenburg, *Nicol*-Hannover, *Rubarth*-Marsberg, *Schmalfuss* Hannover, *Scholz*-Bremen, *Snell*-Hildesheim, *Tannen*-Hildesheim, *Wahrendorff*-Ilten.

Zum Vorsitzenden wurde Dr. *Snell*, zum Schriftführer Dr. *Tannen* gewählt.

Dr. *Snell*, über die Krankheitsformen der in den letzten 28 Jahren in die Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim aufgenommenen Geisteskranken.

Nachstehend erlaube ich mir eine Zusammenstellung sämmtlicher Aufnahmen in die Irrenanstalt zu Hildesheim in den letzten 28 Jahren nach der Form ihrer Erkrankung vorzulegen. Es mag diese Zusammenstellung einiges Interesse gewähren, da die Formen der psychischen Erkrankung, über welche die Irrenärzte bekanntlich keineswegs einer Meinung sind, in diesem Falle genau nach denselben Principien seit 28 Jahren festgestellt worden sind, und daher, wenigstens relativ, eine nicht ganz unwichtige Bedeutung beanspruchen können. (Siehe nebenstehende Tabelle.)

Was zunächst die Zahl der Aufnahmen betrifft, so steigen dieselben von dem Jahre 1857 bis 1866 allmälig an. Im Jahre 1866 wurde die 2. Irrenanstalt Hannovers in Göttingen und im Jahre 1868 die 3. Irrenanstalt in Osnabrück eröffnet. Daher sinkt die Zahl der Aufnahmen nach Eröffnung dieser beiden neuen Anstalten herab, um sich sodann allmälig wieder zu heben, sodass in den letzten Jahren die Zahl der Aufnahmen die der Aufnahmen vor der Errichtung der beiden anderen Anstalten wieder erreicht und selbst überschritten hat.

Was nun die Formen der psychischen Erkrankung betrifft, so behauptet die Melancholie ein entschiedenes Uebergewicht über die anderen Formen. Es ist die Melancholie, nach meinen Erfahrungen in den Anstalten und mehr noch ausserhalb der Anstalten, die bei weitem häufigste Form der Geistesstörung. In der Regel sieht man in den Anstalten nur die schwereren Formen der Melancholie, bei welchen der Trieb zum Selbstmord bedenklich erscheint, oder bei welchen die Aufregungen störend oder gefährlich werden. Die leichteren Formen der Melancholie werden den Anstalten nur selten zugeführt und doch sind diese leichteren Formen die gewöhnlichsten Erkrankungen dieser Art, welche die schweren Formen bedeutend übersteigen.

Neben 1277 Melancholischen kamen 969 an Manie leidende Geisteskranke in die Anstalt. Hier waren die leichteren Formen verhältnissmässig häufiger als bei den Melancholischen. Es lässt sich dieses aus der Thatsache erklären, dass an Manie leidende Kranke, auch bei gelinderen Formen,

Digitized by Google

Jahr	Zahl der Aufnahmen	Melancholie	Manie	Wahnsinn	Blödsinn Imbecillität	Idiotismus	Allgem. Paralyse	Irresein m. Epilepsie	Genesungen
1857	144	39	43	23	16	9	6	8	52
1858	131	42	27	24	18	4	11	5	49
1859	127	40	41	17	15	3	7	4	47
1860	153	44	52	21	17	4	8	7	58
1861	174	62	42	28	13	3	15	11	60
1862	156	59	48	15	11	2	14	7	54
1863	177	60	47	20	17	2	25	6	49
1864	179	51	51	27	15	3	23	9	54
1865	162	58	47	10	26	1	12	8	55
1866	158	46	38	12	35	3	16	8	41
1867	131	50	31	12	16	4	7	11	44
1868	119	45	32	11	10	3	11	7	53
1869	99	34	21	12	17	—	13	2	28
1870	103	32	26	15	10	5	10	5	33
1871	88	28	21	10	13	2	9	5	28
1872	111	41	22	9	13	9	9	8	28
1873	107	38	17	16	13	6	12	5	33
1874	146	49	35	15	13	7	18	9	33
1875	115	40	24	16	19	3	7	6	37
1876	138	56	32	11	18	6	10	5	42
1877	132	46	27	16	12	10	16	5	40
1878	129	40	22	14	26	6	16	5	38
1879	135	46	31	12	18	6	15	7	36
1880	128	45	37	8	16	5	11	6	42
1881	151	44	35	24	18	9	16	5	45
1882	186	49	43	31	25	9	20	9	43
1883	214	50	45	39	33	16	21	10	45
1884	169	43	32	33	22	5	23	11	45
Summa	3962	1277	969	501	495	145	381	194	1212

gewöhnlich sehr störend und gefährlich werden, indem sie durch jeden Widerstand, welchen ihr Thatendrang findet, gereizt werden und zu bedenklichen Ausschreitungen sich leicht hinreissen lassen.

An Wahnsinn litten 501 der aufgenommenen Kranken. Obgleich daher die Zahl der aufgenommenen Wahnsinnigen fast nur die Hälfte der an Manie leidenden Kranken beträgt, so glaube ich doch, dass Wahnsinn häufiger vorkommt als Manie. In der Mehrzahl der Fälle entwickelt sich der Wahnsinn sehr langsam und die Kranken bewahren ein geordnetes Betragen und die Fähigkeit sich zu beschäftigen. Obgleich die auf Hallucinationen gestützten Verfolgungsideen, zu welchen sich in der Regel später Ueberschätzungsideen gesellen, das innerste Wesen des Wahnsinnigen verändern, so weiss er sich doch meistens zu beherrschen und hat über die Verhältnisse, die seine Person und seine Wahnideen nicht berühren, oft ein sehr richtiges Urtheil. So ist es zu erklären, dass so viele Wahnsinnige ihr Leben be-

Digitized by Google

schliessen, ohne dass eine Anstaltsbehandlung für nothwendig erachtet wird. Auch kommt hier in Betracht, dass der Wahnsinn, so selten er zur Heilung kommt, doch häufig genug in ein Stadium der Beruhigung gelangt, in welchem die Wahnideen und Hallucinationen ihre das Gemüth erregende Kraft verlieren und ein friedliches, selbst wohlwollendes Verhältniss des Kranken zur Aussenwelt eintritt.

Bei ungünstigerem Verlauf der Krankheit wird dagegen die Anstaltsbehandlung oft noch nach Jahre langer Dauer nothwendig. Ebenso sind bei dem acut sich entwickelnden Wahnsinn die Kranken meistens sehr störend oder gefährlich. Die Zahl der Wahnsinnigen unter den in der Anstalt aufgenommenen Kranken hat sich in den letzten Jahren vermehrt.

Die Zahl der an Blödsinn leidenden Kranken hat 495 betragen. Sie hat sich ebenfalls im Allgemeinen gesteigert.

An Idiotismus litten 145 der aufgenommenen Kranken. Auch hier ist eine kleine relative Zunahme bemerkbar, obgleich eine grosse Idiotenanstalt in Langenhagen errichtet worden ist.

An Dementia paralytica litten 381 der aufgenommenen Kranken. Es ist eine entschiedene Zunahme dieser Krankheitsform bei der Aufnahme bemerkbar.

An Geistesstörung mit Epilepsie litten 194 der Aufgenommenen. Auch hier ist eine allmälige Zunahme bei der Aufnahme vorhanden.

Entsprechend dieser relativen Zunahme der unheilbaren Formen der Geistesstörung hat sich auch die Zahl der Genesungen relativ etwas vermindert.

Schliesslich glaube ich noch einen Blick auf die höchst rühmenswerthe Entwickelung werfen zu müssen, welche die Fürsorge für die Geisteskranken in der Provinz Hannover während des Zeitraums, welcher den Gegenstand der vorstehenden Betrachtungen bildet, erfahren hat.

Zu Anfang des Jahres 1857 verpflegte die Irrenanstalt zu Hildesheim, welche die einzige Irrenanstalt des Königreichs Hannover war, 637 Geisteskranke. Bis zu dem Jahre 1866, in welchem Jahre die Anstalt in Göttingen eröffnet wurde, vermehrte sich die Krankenzahl bis auf 893.

Gegenwärtig sind in den 3 öffentlichen Irrenanstalten der Provinz Hannover etwa 1600 Geisteskranke, davon etwa die Hälfte in Hildesheim. In den Privat-Irrenanstalten zu Ilten, Liebenburg, Königshof und einigen kleineren Privatanstalten befinden sich gegenwärtig etwa 500 Geisteskranke, sodass die Zahl der Geisteskranken in den Anstalten sich bereits über 2000 gehoben hat. Das Verhältniss der in Anstalten untergebrachten Geisteskranken zu der Gesammtbevölkerung der Provinz hat daher 1 zu 1000 erreicht.

Bei der sich hieran schliessenden Discussion erwähnt Dr. *Scholz*, dass in Bremen die primären Geistesstörungen seltener von ihm beobachtet seien. Auch Dr. *Kelp* und Dr. *Wahrendorff* wollen namentlich die Manie seltener

Digitized by Google

gesehen haben. Dr. *Rubarth* will in Westfalen in letzter Zeit mehr heilbare Fälle gesehen haben als früher und meint, dass dieses wohl im Zusammenhang mit dem Nachlass der Unterhaltungskosten stehen dürfte, welcher bei frischen Erkrankungsfällen von Seiten der Anstalten in Westfalen bewilligt würde.

Von dem practischen Arzte Dr. *Nicol* aus Hannover werden hierauf 3 an Tabes leidende Kranke und ein Kranker mit s. g. spastischer Spinalparalyse der Versammlung vorgestellt.

Die eine Erkrankung an Tabes atactica zeichnete sich dadurch aus, dass der Patellarreflex noch wohl erhalten war, obgleich die Myelopathie schon Ostern 1883 begonnen hatte.

Bei dem zweiten Patienten, der auch seit zwei Jahren tabetisch erkrankt war, soll die sexuelle Potenz nicht erloschen, aber die Ejaculatio seminis mit solch schmerzhaftem Tenesmus in der Aftergegend verbunden sein, dass deshalb der Coitus unterbleiben muss; in diesem Falle besteht neben hochgradiger Ataxie der Gehwerkzeuge auch eine sehr ausgeprägte der Greifbewegungen.

Bei dem dritten Tabetiker dagegen hat sich eine geringe Ataxie der Gehwerkzeuge erst entwickelt, nachdem bereits seit 15—20 Jahren heftige Crises gastriques, Impotenz und das Romburg'sche Symptom den Kranken heimgesucht haben.

Bei dem Patienten mit spastischer Spinalparalyse, dem Musikus S., geb. 1845, Sohn von noch lebenden Eltern, Vater gesunder Kinder, scheint Lues nicht vorhergegangen zu sein und hat die Myelopathie 1870 mit heftigen Schmerzen in den Beinen, besonders im linken Knie begonnen. „Die Schmerzen wären so gewesen, als ob mit einem spitzen Instrumente in das linke Knie gestochen wäre; des Morgens hätte er die Knie nicht biegen können und hätte mit steifen Beinen die Treppe hinuntergehen müssen." 1872 hatte S. das Gefühl, als ob beide Knie unter Steigerung der Schmerzen dicker würden. 1874 war Patient als Musikus in Oynhausen thätig, um die Bäder daselbst zu benutzen. Damals hatte Patient am Tage stets starke Schmerzen in den Knieen, „konnte seine Beine nicht ruhig halten und wusste nicht, wo er mit denselben bleiben sollte". Erst im Bett kam Linderung (wohl deshalb, weil hier der Einfluss der Schwere der Glieder weggefallen war). Dabei war Schlaf und Appetit ausgezeichnet wie heute noch. 1875 will Patient erfolglos in ärztlicher Behandlung gewesen sein und sich sehr matt gefühlt haben. 1876 ging S. als Musikus nach Norderney, hat daselbst viel gebadet und fast ohne Schmerzen besser gehen können. Hier ist dem Patienten zuerst aufgefallen, dass die vordere Partie seiner Stiefelsohlen rasch und fast allein abgenutzt wurden, sowie dass man im Sande die Striche sehen konnte, welche die den Boden schleifenden Füsse gezogen hätten. Herbst 1876 stellten sich die Schmerzen von Neuem ein, bald stärker, bald schwächer und will Patient an diesen Exacerbationen und

Digitized by Google

Remissionen Witterungswechsel immer voraus wissen. Ebenso ist das Gehvermögen bald mehr, bald weniger beeinträchtigt. Von 1877—1882 ist an dem Patienten neben gleichzeitigem Gebrauch von römischen und russischen Dampfbädern plan- und methodelos herumelektrisirt worden, bald unter der vagen Vermuthung, dass eine Rückenmarksaffection vorhanden sei, bald unter der Diagnose „Hypochondrie", die sich mit den Jahren wieder verlieren würde. Vor drei Jahren hat Patient noch die Treppe hinunterlaufen können, ohne anzufassen, seiner Frau ist dabei aber immer „himmelangst" geworden. Seit zwei Jahren bleibt Patient beim Treppenherabsteigen mit den Absätzen hängen und ebensolange empfindet er, dass sein linker Arm — nicht mehr so kräftig wie früher — beim Violinspielen öfter „fast lahm" wird.

Status praesens:

Der wohlgenährte, stattliche Patient ist von guter Musculatur und tritt beim Gehen nur mit den Fussspitzen auf, der Hacken bleibt in der Luft, kommt nicht zum Erdboden. Patient kann bei geschlossenen Augen mit Sicherheit gehen und stehen, sein Sensibilitätsvermögen ist ungestört. Soll Patient das Knie beugen, so erfolgt besonders links eine Beugung im Hüftgelenk; der Oberschenkel wird dem Unterleibe genähert, nicht der Unterschenkel der hinteren Fläche des Oberschenkels, weil den Beugemuskeln die Spannung der Streckmuskeln übermächtig entgegensteht. Soll das Knie nun wirklich gebeugt werden, so glückt dies nicht und wird statt dessen das ganze Bein nach hinten gestreckt, mit den Fussspitzen auf dem Erdboden in Plantarflection. Patellarreflex ist sehr verstärkt, besonders am linken Knie. Fussphänomen dagegen nicht nachzuweisen. Sexuelle Potenz intact. — Durch die elektrische Exploration der Nerven und Muskeln wurden keine Anomalien nachgewiesen.

Zu dem Vorstehenden mag noch erwähnt werden, dass ein mir bekannter dänischer College, 36 Jahre alt, verheirathet, Vater von drei gesunden Kindern als Reconvalescent von einer doppelseitigen Pneumonie an spastischer Spinalparalyse seit vier Jahren erkrankt ist und trotzdem noch eine ausgedehnte Praxis zu Fuss bewältigen kann. Mit einer schnellenden Bewegung der Unterschenkel steigt dieser Kollege die Treppen herab. Sein Vater, Porträtmaler, soll 30 Jahre hindurch dasselbe Leiden gehabt und ein Alter von 65 Jahren erreicht haben.

Die Erkrankungen an Tabes atactica betrafen

1) den Eisenbahnsecretär L., geboren 1848, Sohn von gesunden Eltern, verheirathet, kinderlos, Lues wahrscheinlich auch nicht vorhergegangen, will zuerst Ostern 1883 bemerkt haben, dass das Gefühl der Fusssohlen sich ein wenig abgestumpft habe; diese krankhafte Sensation habe sich bald wieder verloren und sei von ihm nicht weiter beachtet worden. Kurz nach Pfingsten bemerkte L. auf der Vorderseite beider Beine bei stärkerem Luftzug (Ost- oder Nordwind) ein unangenehmes Kältegefühl, welches sich in Zollbreite von oben nach unten hinzog. Im Juli 1883 trat zeitweise eine lästige

Digitized by Google

„Blähsucht" auf, die durch ärztliche Hülfe stets rasch beseitigt sein soll. Gleichzeitig verschlechterte sich das Allgemeinbefinden, mitunter fühlte sich Patient recht schlaff und matt namentlich beim Treppensteigen, sodass er „mehr mit den Armen als mit den Beinen die Treppen erstiegen wäre". Weihnachten 1883 begann auch die Verdauungsthätigkeit vorübergehend nachzulassen, die Schwäche in den Knieen trat stärker auf und pflegte sich beim Gehen, sowie bei jeder Anstrengung Schweiss einzustellen. Auch empfand Patient an den Kniegelenken stets einen leisen Windzug und knickte häufig in einem Knie zusammen, sodass er rasch mit dem zweiten Fuss nachgreifen musste. Statt des im Frühjahr 1884 ärztlich verordneten fleissigen Gehens, das rein unmöglich war (vergl. Winter 1884/85 die eingetretene Gehlust), nahm Patient gegen den Willen seines Arztes öfter warme Bäder, nach welchen er sich stets recht wohl gefühlt hat. Vom 11. August bis Ende September war Patient im Bade Nenndorf und hat in den ersten 4 Wochen daselbst 28 Bäder genommen, denen bald Soole, bald Schwefel zugesetzt war. Auch wurde Patient hier zuerst galvanisirt. — Unter diesem Regime besserte sich das Gehvermögen und schwand das „abgestumpfte Gefühl". Patient fühlte sich täglich kräftiger und konnte schon wieder ohne Beihülfe und ohne Stock die Treppen steigen, als er durch Erkrankung an rother Ruhr drei Wochen an's Bett gefesselt wurde. Hiernach war sein Kräftezustand so gewichen, dass er wie ein Kind das Gehen wieder erlernen musste, einen Stuhl vor sich herschiebend. Unter Pflege und Schonung hatte Patient sich jedoch bald so erholt, dass er am 25. October 1884 seinen Dienst wieder aufnehmen und in demselben bis jetzt unausgesetzt bleiben konnte. Gleichzeitig wurde Patient galvanisch behandelt und bekam abwechselnd jod- und eiweisshaltiges Eisenwasser. Unter dieser Behandlung soll sich Körpergewicht und Kräftezustand der Art gesteigert haben, dass er ohne Anstrengung (s. Frühjahr 1884) selbst bei „Glatteis" täglich 2—3 Stunden gehen konnte, bis Mitte April 1885 L. ganz unvermuthet von einem starken Schwächegefühl, verbunden mit Appetitverlust und Verdauungsbeschwerden, befallen wurde. Diese verloren sich indessen bald wieder und sind unter von Neuem aufgenommener galvanischer Behandlung bis jetzt nicht wiedergekehrt. Im Gegensatz zu der Mehrzahl der Tabetiker, die sich am wohlsten bei warmen Wetter fühlt, liebt L. eine relativ niedrige Temperatur, besonders für die Anstrengung des Spazierengehens.

Status praesens:

Ataxie der Beine sowie Schwanken bei geschlossenen Augen unverkennbar. Geschlechtstrieb erloschen. Abgesehen von den erwähnten Sensationen ist die Sensibilität intact, ebenso Stuhl- und Harnentleerung, kein Gürtelgefühl, kein Doppeltsehen, keine Pupillenstarre, keine lancinirenden Schmerzen.

Patellarreflex wohl erhalten, ja vielleicht gesteigert, wenigstens erfolgt derselbe auch nach einem leichten Schlage auf den Musculus quadriceps, jedoch nicht sehr ausgiebig, wohl wegen der geringen Musculatur des Pa-

Digitized by Google

tienten. (Die Richtigkeit des vorstehenden St. praes. wird durch beil. Brief des Herrn Dr. *E. Remak* bestätigt.)

Hierzu sei erwähnt, dass in der Behandlung des Kollegen *Vollmer* zu Lehrte sich eine Tabeskranke befindet, bei welcher — unter Verschlechterung des Allgemeinbefindens und Fortschreitens der übrigen Tabessymptome — nach jahrelangem Fehlen des Patellarreflexes derselbe jetzt seit einem Vierteljahre wieder vorhanden ist.

2) Der Gerichtsvollzieher N., 50 Jahre alt, Sohn gesunder Eltern, verheirathet, Vater von gesunden Kindern, auch hier Lues nicht wahrscheinlich, obgleich nach Beseitigung einer Jahrzehnte hindurch dagewesenen Flechte die Gehstörung vor etwa zwei Jahren begonnen haben soll. Patient, von kräftigem Körperbau ist Soldat und bis vor Kurzem ein eifriger Jäger gewesen. Trotz Doppelsehens, trotz lästigen Gürtelgefühls, trotz hochgradiger Ataxie beim Gehen wie beim Greifen ist es dem Patienten nicht eingefallen, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen, diese ist erst erfolgt, nachdem ich den Patienten vor einem Monate kennen gelernt hatte. Patient ist nicht im Stande ohne Stock zu gehen und schwankt gewaltig bei geschlossenen Augen. Das rechte Bein ist mehr atactisch als das linke. Patellarreflex fehlt, dagegen soll der Geschlechtstrieb, auch die Dexteritas coëundi vorhanden sein, aber verbunden mit so schmerzhaftem Tenesmus der Aftergegend, dass aus Scheu vor diesen Schmerzen der Coitus unterbleibt. Mässige Stuhlverhaltung vorhanden, lancinirende Schmerzen sind nie dagewesen, wohl aber grosse Empfindlichkeit der Fusssohlen gegen Druck. Pupillen sind von normaler Reaction.

3) Kaufmann N., 1832 geboren, verheirathet, Vater gesunder Kinder, ist von mir wegen seines struppirten Ganges auf der Strasse angeredet worden; Patient kann seit vier Jahren nicht mehr so gut gehen wie früher, hat deshalb ärztliche Hülfe nie aufgesucht, ist aber früher wegen Erbrechen von Schleim und Galle auf ärztlichen Rath in Marienbad gewesen.

Früher dagewesene Crises gastriques, seit 15 Jahren erloschener Geschlechtstrieb, Obstipation, hochgradige Pupillenmyose, Fehlen des Patellarreflexes, Schwanken bei geschlossenen Augen sind die auf Tabes dorsalis atactica weisenden Krankheitssymptome. Sensibilität intact, kein Doppelsehen, kein Gürtelgefühl, keine Harnbeschwerden. Patient hat mir folgenden Bericht eingereicht:

„Ich bin am 12. Juli 1832 geboren und bin, soweit meine Erinnerung reicht, als Kind nie krank gewesen. Ich bestand meine Lehre in einem kleinen Orte, wo ich bei mangelhafter Kost schwere körperliche Arbeiten verrichten musste; in dem Hungerjahr 1847 war die Kost noch schlechter, was wahrscheinlich auf meinen Körper einen dauernd schlechten Einfluss hatte. Danach war ich circa 8 Jahre an verschiedenen Orten in Geschäften thätig, und war stets gesund und sehr lebenslustig, doch nie unsolide. Im Jahre 1858 begründete ich mein Geschäft in Bremen, dass ich erst am 1. April 1885 aufgegeben habe.

Digitized by Google

Seit 1869 habe ich mein Magenleiden, welches mit vielem Erbrechen von Schleim und Galle besonders nach psychischen Erregungen verbunden war. 1870 war ich in Marienbad. 1878 erreichte das Leiden seinen Höhepunkt und im August desselben Jahres fing ich eine Milchkur an, die ich 12 Wochen fortsetzte. Danach wurde mein Magenleiden nach und nach besser, doch nahmen meine Kräfte ab. Die Schwäche in meinen Beinen begann viel später, da ich noch bis 1880 ein guter Fussgänger war, in welchem Jahre ich einige Wochen in Suderode am Harz war, von wo aus ich oft 6—8stündige Fusstouren unternahm. Die Schwäche in den Beinen fing dann 1882 allmälig ohne äussere Veranlassung an. Dass ich in der Dämmerung und bei Gasbeleuchtung schlecht sehen konnte und unsicher ging, ist mir schon seit Mitte der sechsziger Jahre aufgefallen."

Durch meine Frage nach der Beschaffenheit seines Geschlechtstriebes sichtlich ein wenig überrascht, bemerkt der Patient, dass der Beischlaf schon seit 1870 ihm nur dann und wann noch gelungen sei und seit 6 Jahren gar nicht mehr. Nach der Rückkehr von Marienbad 1870 — nach der langen Pause im Geschlechtsgenuss — sei ihm seine Impotenz zum ersten Male aufgefallen. Sein damaliges Körpergewicht sei jetzt von 142 Pfund auf 112 Pfund reducirt.

In diesem Falle darf wohl angenommen werden, dass Patient bereits 1865 Tabetiker gewesen ist. Damals ist schon zweifellos das Romberg'sche Symptom vorhanden gewesen, sowie die Crises gastriques, deretwegen ohne Erkennung des Grundleidens 1870 Marienbad verordnet wurde. Entsprechend der Verspätung in dem Auftreten der Ataxie ist dieselbe auch heute noch nicht stark ausgeprägt, Patient stützt sich kaum auf seinen Stock, entbehrt denselben aber doch ungern bei Regenwetter, wo er den ausgespannten Schirm gebrauchen muss. Muss Patient dagegen bei geschlossenen Augen mit den Beinen im Wannenbade Kreisbewegungen machen, so fallen dieselben mehr atactisch aus als bei demselben Experiment von Patienten mit hochgradigem atactischen Gange. N. ist quasi nur bei geschlossenen Augen atactisch und vermag sein Sehvermögen die erst spät und allmälig aufgetretene Ataxie zu beherrschen. Der p. N. besitzt noch die Geschicklichkeit, im Bade seine Fussspitzen mit den Zähnen zu fassen, selbstredend nicht bei geschlossenen Augen.

Alle drei Tabetiker erwähnen, dass kleine Traumen bei ihnen rasch heilen, dass sie eine vorzügliche Heilhaut besitzen, im Gegensatz zu einem nicht mehr in meiner Behandlung befindlichen Patienten, dessen Tabes auf luetischer und mercurieller Basis ruht; dieser Patient kennzeichnet die Beschaffenheit seiner Haut mit den Worten: „Meine Haut ist wie feuchtes Löschpapier" und seine Crises gastriques mit der Behauptung: „Das Innere meines Leibes ist wie mit Ziegelsteinen vollgepackt."

Bei letzterem Patienten und verschiedenen anderen Tabetikern mit luetischer Vergangenheit dominirte eine verzweiflungsvolle Stimmung im Gegensatz zu der ruhigen Resignation, ja fast heiteren Stimmung der Ta-

Digitized by Google

betiker ohne Lues. Vielleicht lassen sich, abgesehen von der Anamnese, auch sonstige Merkmale noch auffinden, die eine Differentialdiagnose zwischen idiopathischer und luetischer Tabes atactica ermöglichen.

Dr. *Eckelmann* aus Marburg hält hierauf einen Vortrag über Aphasie, welcher später in etwas veränderter Form zum Abdruck kommen soll.

Dr. *Kelp*-Oldenburg hält hierauf einen Vortrag über „Asthma und Psychose".

In der Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Hannover, 1. Mai 1872, hielt ich einen Vortrag über Asthma und Psychose, welcher in dem 29. Bd. der allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie abgedruckt wurde. Es überraschte mich, voriges Jahr von dem Director der Irländischen Anstalt Castebar, Dr. *Conolly Norman*, ein Schreiben zu erhalten, in welchem er mich ersuchte über den von mir mitgetheilten Krankheitsfall nähere Auskunft zu ertheilen, namentlich aber mitzutheilen, ob mir noch ähnliche Fälle bekannt seien. Er habe bereits in der psychiatrischen Section der British medical association einen Vortrag über das vicariirende Verhältniss von Asthma und Psychose gehalten, und es in mehreren Fällen beobachtet; aber in der ganzen psychiatrischen Literatur nur den einzigen von mir veröffentlichen gefunden. Ich erhielt nun kürzlich eine kleine Abhandlung von Dr. „*Norman*" on insanity alternating with spasmodeo athma, — Separatabdruck aus Journal of mental science April 1885, — in welchem die von ihm beobachteten Krankheitsfälle veröffentlicht sind, und auch der meinige Aufnahme fand.

Ich erlaube mir den von mir beobachteten Krankheitsfall kurz zu schildern und voranzustellen.

Er betraf einen 28jährigen jungen Mann, einer gebildeten Kaufmannsfamilie angehörend, der 1871 in der Heilanstalt Wehnen aufgenommen wurde. Er war erblich belastet, gut begabt, wohl unterrichtet, litt aber seit mehreren Jahren an bald acut, bald chronisch verlaufenden Anfällen heftiger Dyspnoe, die sich manchmal zu lebensgefährlicher Höhe gesteigert haben sollen. Die gegen diese Beschwerde angewandten Curen, Hautreize, hydropathischen Einwicklungen, comprimirte Luft u. s. w. waren von keinem Erfolg, nur subcutane Morphiuminjectionen coupirten sicher, wenn auch nur auf kurze Zeit, die Dyspnoe. Der Kranke injicirte sich selbst und rühmte stets die treffliche Wirkung des Morphium 0,03—06.

Von den Morphiuminjectionen machte er den ausgedehntesten Gebrauch und konnte durch keine Ueberredung davon abgebracht werden, weil er sonst an allerlei Hin- und Herwerfen Empfindungen litt und durchaus nicht schlafen konnte.

Im Jahre 1870 nahm er neben den unverminderten Morphiuminjectionen auch noch Chloral, täglich 1,0—3,0 und zuweilen noch mehr.

Bei wiederholten Versuchen ihm die Mittel zu entziehen, tobte er wie wahnsinnig, und wusste dadurch bald die Wiedererreichung zu erzwingen.

Digitized by Google

Dieser colossale Missbrauch dauerte fast ein Jahr. Die asthmatischen Beschwerden verloren sich dabei zuletzt vollständig, dagegen traten Symptome von Ueberreizung der Sinnesorgane und geschwächten Willens und Verstandeskraft immer deutlicher hervor. Es bildete sich förmlich Tobsucht aus, welche seine Aufnahme in die Anstalt veranlasste.

Der Kranke war zuerst etwas aufgeregt, verfiel aber in Stupor, aus dem er durch energisches Zureden aufgerüttelt werden konnte. Er sprach dann verworren, hatte Täuschungen fast aller Sinne, glaubte, man bespritze ihn mit Quecksilber. Seine Gemüthsstimmung war eine sehr deprimirte. Angstgefühle beherrschten ihn und brachten ihn in Verzweifelung, auch gesellte sich Giftwahn hinzu. Zahlreiche Sinnestäuschungen traten auf.

In der Voraussetzung, dass die Geistesstörung durch Missbrauch von Morphium mit veranlasst sei, gab man dem Kranken Bromkalium, aber ohne Erfolg. Nährende Mittel, Bouillon mit Fleischextract und Rothwein gereicht, führten bald einen bedeutenden Hebung des Kräftezustandes herbei.

Der psychische Zustand änderte sich jedoch nicht, wenn auch grössere Ruhe eintrat. Es mehrten sich die Wahnideen, er behauptete, seine Kammer sei eine Marterkammer, es werde ihm allerlei angespritzt. Er sah durch Spiegelerrichtungen an entfernten Orten Ereignisse und Personen durch Reflex sich darstellen. Er behauptete, es seien überall in der Umgegend unterirdische Gänge, in denen stets Menschen umgebracht würden. Merkwürdig war auch die Verwechslung von Zeit und Oertlichkeit und von Personen, die er täglich sah. Er glaubte nicht, dass wir das Jahr 1871 schrieben, wenn man ihm auch die Tageszeitung gab. Den Oberaufseher, der ihn von seinem Wohnort abgeholt, wollte er nicht wieder erkennen; der Herr, der mit ihm damals im Wagen gesessen, müsste ein Doppelgänger gewesen sein.

Die Erscheinungen dieses melancholisch-hallucinatorischen Wahnsinns dauerten etwa 7 Monate an, und liessen den Uebergang in geistigen Schwächezustand befürchten.

Unerwartet trat eine Aenderung ein. Die früheren asthmatischen Beschwerden zeigten sich wieder. Der Kranke bekam sehr starke Dyspnoe. Auf der Brust waren laute Rhonchi zu vernehmen, Rasselgeräusche fehlten, Husten und Auswurf waren gering, nur stärker, wenn das Asthma nachliess. Kein Bronchialathmen. Herztöne rein. Die Stimmung des Kranken während der Athemnoth war immer verzweiflungsvoll, er verlangte stürmisch nach Morphiuminjectionen, wurde sehr erregt, wenn man sie ihm verweigerte. Sowie das Asthma an Intensität gewann, fing der psychische Zustand an sich allmälig zu bessern. Man konnte den Kranken von seinen Wahnideen abziehen, er nahm an der Unterhaltung Antheil. Nach etwa 3 Monaten schwanden die Hallucinationen und Wahnideen gänzlich. Der Kranke erkennt sie klar als solche an. Dagegen gewannen die asthmatischen Anfälle ihre frühere Stärke wieder, so dass nur einzelne ruhige und gute Perioden eintraten. Es trat völlige geistige Genesung ein, und wurde

Digitized by Google

der Kranke nach 11monatlicher Behandlung entlassen, und blieb auch ferner geistig gesund. Nach einigen Jahren starb er in Folge seines consumirenden Brustleidens und des Missbrauchs der wieder angewendeten Morphiuminjectionen.

Ich erlaube mir nun an diesen Fall einige von den 7 Fällen des Dr. *Norman* anzureihen, die sich vorzüglich durch ihren Symptomencomplex und den Zusammenhang von Asthma und Psychose charakterisirten

I. Ein 32jähriger Mann aus dem Bauernstande wurde 7. April 1883 in Castebar Asylum aufgenommen. Er war nicht erblich belastet, litt aber seit früher Jugend an nervösem Asthma. Zehn Tage vor seiner Aufnahme fiel sein stilles deprimirtes Wesen auf. Seit 3—4 Tagen war er von Asthma befreit, was bisher nie der Fall gewesen war. Dieser Zustand der Depression nahm zu, und etwa 7 Tage vor seiner Aufnahme gestand er seinem Bruder, dass er von dem Gedanken gequält werde, seine Mutter tödten zu müssen. Diese Zwangsvorstellung (imperative Conception) beherrscht ihn vollständig und fortwährend, so dass er fürchtet, ihr nicht Widerstand zu leisten können, und seine Mutter flehentlich bat, ihn zu meiden und nach einer Anstalt zu schicken.

Bei seiner Aufnahme in dieser war sein allgemeiner Zustand schlecht. Habitus phthisicus. Keine Zeichen von Emphysem, geringe Dämpfung. Herz gesund.

Seit etwa 10 Tagen war keine Dyspnoe mehr wahrnehmbar. Die Zwangsvorstellung erhielt sich in voller Stärke, und liess ihm keine Ruhe. Sonst war in seinem geistigen Zustand nichts Abnormes zu bemerken.

Erotische Erscheinungen, die sich oft bei Zwangsvorstellungen zeigen, waren nicht vorhanden.

Am 21. April, 14 Tage nach der Aufnahme, tritt wieder ein Anfall von Asthma ein. Sein ganzes Aussehen ist plötzlich verändert, sein furchtsames, ängstliches Wesen geschwunden. Er rief aus: „ich danke Gott, ich bin jetzt besser! mein Geist nicht mehr umwölkt.“ Er erklärt von seiner Zwangsvorstellung völlig befreit, wieder Herr seiner selbst zu sein. Von jener sei er sofort erlöst, als das Asthma zuerst wiederkehrte. Im Juli 1883 wurde er genesen entlassen, aber mit den asthmatischen Beschwerden behaftet.

II. Eine 45jährige Frau eines Pächters, nicht erblich disponirt, war stets leicht erregt, aber gesund bis zu ihrem 25. Jahre, als sie in Asthma verfiel, der 20 Jahre andauerte. Die Anfälle des Asthma waren heftig, traten meistens Nachts ein. 3 Monate bevor sie in ärztliche Behandlung kam, liess plötzlich das Asthma nach, zu gleicher Zeit wurde sie aber gegen ihre Gewohnheit schweigsam, unruhig, ängstlich, sprach oft sinnlich, hatte viele unnöthige Sorgen um kleine Dinge des Haushalts. Wenn ihr Mann und ihre Söhne das Haus verliessen, wollte sie ihnen folgen, um zu sehen, ob sie glücklich zurückkehrten. In der Anstalt aufgenommen, bot sie das Bild der Melancholia activa dar. Sie sucht bei ihrer Unruhe jede Gelegenheit auf,

Digitized by Google

zu entfliehen. Sie hatte oft Todesangst, glaubte verbrannt zu werden. Als dieser Zustand $2^1/_2$ Jahre angedauert hatte, trat wieder Asthma ein, jedoch ohne eine wesentliche Besserung des geistigen Zustandes herbeizuführen, wie im vorigen Fall, wahrscheinlich, weil die psychische Störung schon zu lange bestanden und Aenderungen in der Organisation des Hirns hervorgebracht hatte.

III. Ein 50jähriger Kranker wurde vor etwa 7 Jahren deprimirt und ängstlich, so dass er seine Geschäfte nicht mehr wahrnehmen konnte, glaubte, dass man gegen ihn complottire u. s. w.; so dass seine Angehörigen seine Aufnahme in eine Anstalt beriethen. In dieser Zeit wurde er von Asthma befallen, und sofort schwanden die ängstlichen Vorstellungen und Verfolgungsideen, so dass er, mit dauerndem Erfolg seine Geschäfte wieder besorgen konnte, und keine Symptome von geistiger Störung wieder eintraten. Jedoch blieb er in etwas gedrückter Stimmung. Sein hohes Alter und die sehr heftigen asthmatischen Anfälle hatten hieran Theil.

Als Fall IV. mag hier noch der folgende erwähnt werden. Eine Frau — Alter nicht angegeben — lebte in unglücklicher Ehe, war sehr leidenschaftlich, leicht erregbar. Seit etwa 3 Jahren litt sie an Asthma nervosum, wurde plötzlich geisteskrank in Folge des Ruins des Geschäfts ihres Mannes, litt an Täuschungen, glaubte, dass ihr Mann sie zu vergiften trachte, und machte einen Versuch sich zu tödten. Sie besserte sich im Verlauf von 6 Monaten und gab an, dass, als die ersten Zeichen ihrer Geisteskrankheit eintraten, ihre asthmatischen Beschwerden nachliessen, und jene nicht eher wieder schwanden, als bis letztere wiederkehrten.

In den anderen 4 Fällen, auf die ich nicht weiter eingehe, war ein ähnliches vicariirendes Verhältniss zwischen Asthma und Psychose zu beobachten. Es stellte sich heraus, dass in 2 Fällen letztere den Charakter der acuten Melancholie, und in 4 Fällen der chronischen degenerativen Psychose, zum Theil mit Zwangsvorstellungen verbunden, zeigten, obgleich sie rasch verliefen. In einem Fall trat maniacalische Erregtheit auf.

Das Hervortreten von Zwangsvorstellungen wird nach dem Verf. vorzüglich mithervorgerufen durch sexuelle Excesse, oder verschiedene erbliche Belastung bei neuropathischer Constitution der Kranken, womit auch *Schüle* und *v. Krafft-Ebing* übereinstimmen.

Obwohl in den 7 Fällen *Norman's* keine detaillirte Krankheitsgeschichten vorliegen, so darf man doch annehmen, dass das hier in Betracht kommende Leiden als Asthma nervosum angesprochen werden kann, welches schon aus dem vicariirenden Verhältniss zur Psychose hervorgeht, den nervösen Charakter voraussetzend. Es ist zugleich von einiger Bedeutung für die Pathogenie der Psychosen, die ein neues Entstehungsmoment in sich aufnimmt, und den Entwickelungsgang derselben klarer darlegt, als er in anderen Fällen an's Licht tritt.

Sehen wir uns in der Pathologie der Geistesstörungen nach analogen Erscheinungen um, so lassen sich diejenigen herbeiziehen, in denen nach

Digitized by Google

Reizungszuständen sensibler Nerven, z. B. bei Neuralgia nerv. frontalis, occipitalis u. s. w. sich Psychosen entwickeln, entweder während ihrer Dauer, oder nachdem sie gänzlich aufgehört haben. So erwähnt *Griesinger*, dass nach Aufhören einer linksseitigen Neuralgia des Nerv. quintus zuerst ein Wohlbefinden eintrat, dann sich Angstempfindungen einstellten, die mit besonderen Wahnvorstellungen von Mangel an Raum, als wenn Alles sich um den Kranken zusammenzöge, die Wände zusammendrückten, die Decke sich senkte, verbanden. Kreisweise breiteten sich um diese ersten Vorstellungen nach allen Richtungen Massen neuer Vorstellungen aus, unendlich viele Nebenvorstellungen wurden mit ungeheurer Schnelligkeit herangezogen. Der Kranke ist genöthigt mit imaginären Wesen über diese Vorstellungen zu disputiren. Die Bilder bekannter Personen erscheinen, aber ganz verzerrt, mit dem gehässigsten Gesichtsausdruck u. dgl. Die psychische Störung erscheint hier als eine Transformation des neuralgischen Anfalls, der selbst schon vorüber ist, ganz in der Weise, wie wir öfter einen Anfall psychischer Störung nach Beendigung des epileptischen Anfalls kommen sehen. Oder es entsteht, wenn die Aura epileptica nicht explodirt, keinen epileptischen Anfall zur Folge hat, wie heftige Tobsucht unter der Maske des nicht erkannten Leidens.

Wir finden auch in unserm Fall nach Aufhören des Asthma nervosum eine Ueberreizung der Sinnesnerven, auffallend ähnliche ängstliche Erscheinungen und Gesichtstäuschung, wie in dem von *Griesinger* erwähnten Fall der Neuralgie des Nerv. quintus, als sie aufgehört hatte. Es werden bei dieser Transformation die Reizzustände der sensiblen Nerven auf gewisse Hirnpartien fortgepflanzt. Das Asthma nervosum ist eine Neurose des Nervus vagus. Die sensiblen Nerven, welche in demselben liegen, und den Rhythmus der Athembewegungen bestimmen, laufen zum verlängerten Mark, in dem auch die motorischen Nerven entspringen, die sich zu den Athemmuskeln begeben Die Reizzustände dieser Nervenäste, wie sie in hochgradigem Asthma nervosum erscheinen, können auch nach Analogie der erwähnten Fälle auf das Hirn übertragen werden und den ganzen Symptomencomplex der geschilderten Psychose hervorrufen.

Es kommt noch hinzu, dass die Krankheiten der Respirationsorgane erfahrungsgemäss einen Causalnexus mit der Entwicklung der Psychosen nachweisen, was schon aus der bei den Phthisikern sich ausbildenden mit eigenthümlichen Symptomen auftretenden psychischen Störung, sowie aus der im Verlauf der Pneumonie vorkommende Psychose hervorgeht. *Wille* und *Schüle* sahen chronische und acute Psychosen während des Verlaufs der Pleuritis oder in Folge derselben sich entwickeln.

Die Sitzung wurde hierauf geschlossen. Die nächste Sitzung findet am 1. Mai 1886 in Hannover im Hôtel Kasten, Nachmittags 4 Uhr statt.

Dr. *Tannen.*

Digitized by Google

Literatur.

Insanity and allied Neuroses. Practical and clinical by *George H. Savage*. With 19 illustrations. London 1884. 544 S.

Die Zeit liegt glücklich hinter uns, wo wir unsere wissenschaftlichen Anleihen auch in der Psychiatrie bei Fremden machen und französische oder englische Werke übersetzen mussten. Wir haben das wahrhaftig nicht mehr nöthig, und wenn es dennoch hier und dort geschieht, so ist es mehr eine atavistische Neigung, als dass uns „ein Bedürfniss und eine fühlbare Lücke" dazu zwänge.

Wenn wir aber mit gerechtem Stolze auf unsere eigenen Leistungen blicken können, so darf uns das nicht abhalten, die Leistungen unserer Nachbarn zu verfolgen, um an ihnen zu loben, was zu loben ist. Und das vorliegende Buch verdient gelobt zu werden.

Zunächst ist es originell und direct den Erfahrungen entnommen, die *Savage* als langjähriger Leiter des Londoner Stadtasyles Bethlem (Bedlam) in reichem Maasse zu sammeln Gelegenheit hatte. Dann ist es practisch, und nirgends wird der Gesichtspunkt der unmittelbaren Belehrung aus dem Auge gelassen. Practisch sind und zwar in hohem Grade die kurzen und ebenso klar wie scharf abgefassten Schlusssätze, die *Savage* nicht nur jedem Capitel, sondern jedem kleinen Abschnitte hinzufügt, und practisch sind die zwar etwas knappen, aber durchweg geschickt ausgewählten Krankengeschichten.

Ob alles dies genügen wird die Fehler zu entschuldigen, dass wir uns vergeblich nach dem Vorderhirne umsehen, die Namen „Bewusstsein, Apperception u. dergl." im ganzen Buche nicht vorkommen, und keine Spur von Theorie zu entdecken ist, muss ich dahin gestellt sein lassen. Jedenfalls hat der Verf. den Muth seiner Ueberzeugung, denn ein gewisser Muth gehört doch wohl dazu, der entgegenstehenden Strömung unserer Tage gegenüber die Meinung aufrecht zu halten, dass ein Fortschritt für die Psychiatrie kaum zu erwarten sei, so lange man den Verstand in das Gehirn allein verlege und nur in ihm die Ursachen der Geistesstörung suche. *Savage* giebt zu, dass die Geistesstörungen auf Veränderungen des Nervensystems beruhen, aber er weigert sich, sie lediglich auf das Gehirn zu beschränken. Nach ihm ist die Geisteskrankheit ein relativer Begriff, der nur von dem Individuum

Digitized by Google

selber betrachtet und verstanden werden kann. Sie ist eine Phase körperlichen Krankseins, oft nur der letzte entscheidende Schritt auf der Bahn längeren Bergabgehens, und kann daher nur in Verbindung mit allen anderen nervösen Störungen behandelt werden, nicht aber losgelöst und nur als Störung des Gehirns allein. Damit ist der Standpunkt des Verf. gegeben, und es lässt sich nicht leugnen, dass seine fernere Darstellung hierdurch an Fasslichkeit gewinnt. Ueber alle nebensächlichen Dinge, die dem Practiker von untergeordnetem Werthe sind, geht er rasch hinweg und die Classification wird nur in so fern berührt, als sie zur Orientirung der Studenten nicht vermieden werden kann.

Eine weit eingehendere Schilderung finden die Ursachen, unstreitig eines der interessantesten Kapitel. *Savage* hat hier in kurzen Sätzen eine Unmenge an Belehrung zusammengefasst und ich bedaure, dass ein Auszug bei der knappen Darstellung unmöglich ist. Das gleiche gilt mehr oder weniger von dem ganzen Buche und ich widerstehe daher der Versuchung, auf einzelne Punkte näher einzugehen, wo man mit dem Verf. etwa streiten könnte. Ohnehin wird die Beurtheilung des Werkes vorzugsweise von dem Standpunkte abhängen, den man den vorhin erwähnten Ansichten des Verf. entgegenbringt, immer aber wird man ihm das Eine zugestehen müssen, dass er die recht schwere Aufgabe, ein kurzgefasstes Compendium der Psychiatrie zu schreiben, ohne langweilig und trivial zu werden, in hervorragender Weise gelöst hat.

Die beiden letzten Kapitel behandeln die Verantwortlichkeit der Geisteskranken und die gesetzlichen Bestimmungen über Geisteskranke. Diese letzteren sind in England ganz ausserordentlich complicirt und bieten für den Irrenarzt wie für den behandelnden Practiker zahlreiche Punkte, wo er anstossen und bestraft werden kann. Dr. *Pelman.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Feuerlösch-Ordnung für die Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde.

§ 1. Die Verhütung des Brandes ist die beste Feuer-Ordnung. Angesichts der grossen Gefahren, welche der Ausbruch eines Feuers gerade in einer Irrenanstalt mit sich bringt, ist für alle Angestellte das vorsichtigste Umgehen mit Feuer und Licht die erste und dringendste Pflicht. — Selbstentzündung leicht brennbarer Stoffe, welche in der Anstalt überhaupt nicht lagern dürfen, Blitzschlag, welcher durch die zahlreichen Blitzableiter für gewöhnlich verhütet wird, und andere Naturereignisse hat man erfahrungsgemäss in der Anstalten weniger zu fürchten als Unachtsamkeit, Leichtsinn und Böswilligkeit. Das Herumgehen mit offenen Lichtern auf den Böden und in den Kellerräumen, mit brennenden Petroleumlampen in zugigen Stuben und Corridoren, das leichtsinnige Herunterschrauben der Lampen beim Auslöschen ist streng untersagt, ebenso das Herübertragen von offenem Feuer von einer Feuerstätte zur anderen, das Begiessen des Holzes und Torfes mit Petroleum beim Anheizen der Oefen und so fort. Die Aufbewahrung des Petroleums und der Streichhölzer soll stets eine sichere sein, für die Kranken müssen diese Gegenstände unerreichbar sein. — Während der Heizperiode ist besondere Achtsamkeit vonnöthen. Das Wartpersonal hat stets darauf zu sehen, dass die Ofenthüren geschlossen sind und dass kein Kranker an den Heizlöchern verbrennt oder seine Kleider versengt. — Bei solchergestalt geübter gehöriger Vorsicht und Achtsamkeit ist das Entstehen eines Brandes nicht zu fürchten.

§ 2. Sollte dennoch Feuer ausbrechen, so ist es vor Allem nöthig, dass jeder Angestellte weiss, was er zu thun hat, dass Jeder von den vorhandenen Löscheinrichtungen Kenntniss hat und endlich, dass Jeder seine Besonnenheit behält.

§ 3. Die erste Sorge gebührt immer den Kranken. Ihnen muss das Wart- und Dienstpersonal zunächst helfen und jedenfalls erst zu allerletzt an

Digitized by Google

seine eigenen Habseligkeiten denken. Da in der Anstalt Alles versichert ist, so wird Niemand in dieser Hinsicht zu Schaden kommen.

§ 4. An Löschmaterial ist in der Anstalt vorhanden:

1) Die auf den Corridoren und den Schlafsälen der Abtheilungen befindlichen Feuerhähne der Wasserleitung (Hydranten). Sie sind mit hölzernen Kasten umkleidet, zu welchen die Abtheilungswärter und -Wärterinnen den Schlüssel haben. Sollte dieser im Moment der Gefahr nicht zur Hand sein, so wird die Thür mit dem Fusse eingestossen. — An diesen Feuerhähnen wird zunächst die obere Hülse abgeschraubt, der Schlauch dafür angeschraubt und dann erst das seitlich (nach vorn) befindliche Ventil durch Umdrehen des Rades geöffnet. Die Schläuche sollen sich stets, auf einem Gestell aufgewickelt, vor den eisernen Thüren auf den Treppen, welche zu den Bodenräumen führen, befinden.

2) Die Feuerspritze. Sie steht in dem Schuppen zwischen Leichenzimmer und Holzstall. Ein Schlüssel zu diesem Schuppen (Thür auf der Männerseite) hängt in der Heizerstube des Maschinenhauses an der Wand, deutlich erkennbar durch ein beschriebenes Holztäfelchen, welches an ihm befestigt ist, ein zweiter, in gleicher Weise kenntlich gemachter Schlüssel ist in der Portier-Loge ausgehängt.

Bei der Feuerspritze müssen sich stets befinden: 2 Schläuche, 2 Standrohre und 2 Schlüssel zu den in den Höfen der Anstalt befindlichen Hydranten. Diese letzteren liegen: je einer in der Mitte des inneren Hofes der Männer- und der Frauenabtheilung; einer vor der Thür des Leichenhauses, einer zwischen Küchen- und Verwaltungsgebäude, und einer im Hofe des Nähpavillons auf der Frauenseite dicht an der Eingangsthür. Ausserdem mehrere vor dem Verwaltungsgebäude in den Anlagen.

Im Maschinenhause (Heizerstube) befinden sich ausserdem 2 Reserveschläuche, 1 Feuerleiter und 3 lange Feuerhaken.

3) 6 Feuerhelme sind im Spritzenhause.

4) Die grosse Steigerleiter befindet sich in der Remise.

5) Der Extincteur befindet sich im Maschinenhause.

§ 5. Mit diesen Hülfsmitteln und den weiterhin zu treffenden Anordnungen ist es möglich, einen auf den Abtheilungen ausbrechenden Brand zu löschen. Erst wenn grösseres Feuer entstehen sollte, so würde die Hülfe der Nachbarschaft zu requiriren sein. Ob dies nöthig, bestimmt der Director.

§ 6. In den Souterrains, wo Werkstätten sind, soll ein grosser Bottich stets mit Wasser gefüllt sein. Das Wasser wird alle Sonnabends ausgeschöpft, zum Putzen der Keller benutzt, und der Bottich frisch gefüllt.

§ 7. Im Verwaltungsgebäude sind auf den Corridoren gleichfalls Feuer-

Digitized by Google

...ne. Der Schlüssel zu den Kästen wird in der Portierstube aufbewahrt. ... Schlauch befindet sich auf dem oberen Corridor.

§ 8. Eine Revision der Feuerhähne, der Schläuche etc. findet allmonat... statt, eine Probe der Spritze zweimal im Jahre. Eine Uebung mit ... Steigeleiter soll ebenfalls von Zeit zu Zeit angestellt werden.

§ 9. Bei ausbrechendem Feuer muss aller unnütze Lärm und alles ...flüssige Geschrei vermieden werden. Brennt es bei Tage auf einer ... Krankenabtheilungen, so bringen die Wärter (Wärterinnen) zunächst die ...nken in Sicherheit, indem sie sie sämmtlich (die Isolirten nicht zu ver...en!) mit Ruhe und verständigem Zuspruch auf die andere nächstgelegene ...heilung überführen. Gleichzeitig eilt ein Wärter (Wärterin) der Nachbar... ...on in's Maschinenhaus und benachrichtigt den Maschinisten und den ...izer, eilt sodann zum Portier und ruft das Oberwartpersonal.

§ 10. Bricht das Feuer Nachts aus, und bemerkt das Wartper... ...l selbst das Feuer, so wird ebenso verfahren. Bemerkt der Nacht... ...chter das Feuer zuerst, so wird er zunächst das Wartpersonal der ge... ...rdeten Abtheilung wecken, sodann muss er sofort den Maschinisten oder ...izer im Maschinenhause wecken und den Portier benachrichtigen. Der ...chtwächter ruft dann das Oberwartpersonal, und, falls der Maschinist ...ht im Maschinenhause, sondern in seiner Wohnung ist, eilt er zu diesem.

§ 11. Der Portier benachrichtigt seinerseits bei Tage und weckt bei ...cht den Director, den Hausverwalter und die Aerzte. Er nimmt alsdann ... Posten an der Pforte ein, von welcher er sich ohne Erlaubniss des Di... ...ctors nicht entfernt. Er hat jedes unbefugte Betreten der Anstalt sorg... ...tig zu verhüten.

§ 12. Der Maschinist resp. der Heizer hat sich zunächst selbst von der Ausdehnung des Feuers zu überzeugen und die nöthigsten Anordnungen an Ort und Stelle zu treffen. Ist das Feuer grösser, so müssen zunächst die Wasserleitungen nach den übrigen Gebäuden abgestellt werden, um dem gefährdeten Gebäude den ganzen Druck des Wassers zukommen zu lassen. Sodann müssen die Pumpen in Gang gesetzt werden, um das Reservoir zu füllen, Nachts muss der Kessel angeheizt werden.

§ 13. Der Maschinist ist der Schlauchführer der Spritze und leitet ihre Aufstellung und Handhabung. Der Oberwärter wird ihm hierzu die erforderlichen Mannschaften, Wärter und einige zuverlässige Kranke sofort zur Verfügung stellen. Ausserdem werden der Gärtner und der Kutscher sich an der Handhabung der Spritze und an den weiteren Löscharbeiten betheiligen.

Digitized by Google

§ 14. Die Wärter und Wärterinnen verbleiben, mit Ausnahme derer, welche vom Oberwachtpersonal ausdrücklich und namentlich bestimmt werden, unter allen Umständen bei ihren Kranken. Ihre Hauptaufgabe bleibt stets die Sorge für die Kranken. Durch Ruhe und Besonnenheit sollen sie bestrebt sein, jede Aufregung unter den Kranken zu verhüten. Ist eine Verlegung nöthig, so muss diese mit Umsicht und möglichster Ruhe, ohne alle Ueberstürzung ausgeführt werden.

Nur die zur Hülfe bei der Spritze und bei der Löscharbeit vom Oberwärter bestimmten Wärter und Kranken verlassen ihre Abtheilung und stellen sich dem Verwalter resp. dem Maschinisten zur Verfügung. — Die Wache im Lazareth (Wachabtheilung) verlässt natürlich in keinem Falle ihren Posten.

§ 15. Der Oberwärter resp. die Oberwärterin begeben sich sofort nach der bedrohten Station, ordnen das Nöthige an und leiten die etwa nöthig werdenden Verlegungen der Kranken. Sie durchgehen sodann auch die übrigen Abtheilungen und ermahnen und führen durch ihr Beispiel Alle zur Besonnenheit und Ruhe, suchen drohender Aufregung unter den Kranken in geeigneter Weise vorzubeugen und die entstandene zu beschwichtigen.

§ 16. Die Aerzte begeben sich Jeder nach seiner Station und ordnen das zunächst Nöthige von sich aus an. Sie werden in erster Linie sich den Kranken widmen. Sodann sind sie bei Ausführung der Befehle des Directors behülflich.

Der Hausverwalter führt die Aufsicht über die Ausführung der Bestimmungen dieser Feuerordnung und greift mit seinen Gehülfen dort, wo es Noth thut, thätig mit ein. Er hilft die Befehle des Directors mit ausführen, meldet ihm alle wichtigen Vorgänge und wird bei grösserem Feuer nach erfolgter Zustimmung des Directors einen Boten, womöglich den Kutscher zu Pferde, nach Ueckermünde zur Requirirung der dortigen Feuerwehr entsenden.

Der Director selbst wird die Oberleitung führen, und, soweit als möglich, überall da persönlich anwesend sein, wo die Gefahr am grössten und die Abhülfe am dringendsten ist.

§ 17. Die von der Anstalt zu leistende Hülfe bei auswärtigen Bränden ist durch Verfügung des Herrn Landes-Directors beschränkt auf Neuhof, Zarower Mühle und die Stadt Ueckermünde. Die diesbezüglichen Anordnungen über Mannschaft und Spritze trifft in jedem einzelnen Falle der Director.

§ 18. Der Director und der Hausverwalter haben sich von Zeit zu Zeit von der Bekanntschaft des Personals mit der Feuerordnung zu überzeugen. Auch kann der Director practische Uebungen und Proben anordnen.

Die vorstehende Feuerlösch-Ordnung ist seit 1883 in der Ueckermünder

Digitized by Google

Anstalt eingeführt. Practische Uebungen werden regelmässig angestellt. Vor dem Ernstfalle wolle uns ein gütiges Geschick bewahren! *Siemens.*

In der Irrenheilanstalt Burghölzli — ist ein Reglement für den Pensionsfond des Wartpersonals dieser Anstalt am 2. Mai 1885 erschienen, des ersten für eine Irrenanstalt in der Schweiz, der hoffentlich viele Nachfolger haben wird.

In England — hat der Prinz von Wales am 15. Juni das Holloway Sanatorium in St. Anne's Heath, in der Nähe der Station Virginia Water bei Windsor, welches mit einem Kostenaufwande von 300,000 Lstr. von dem verstorbenen Pillenfabrikanten und Philanthropen *Thomas Holloway* gegründet worden, eröffnet. Die Anstalt hat den Zweck, heilbaren Irren der mittleren und oberen Classen unter sehr billigen Bedingungen Aufnahme und Pflege zu gewähren.

---

58. *Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte* — in Strassburg (Elsass) vom 17. Sept. bis 23. Sept. c. Karten gegen Einsendung von 12 M. zu erhalten durch Herrn Quästor *Schmidt*, Universitätsgebäude. Verlängerte Gültigkeitsdauer der Retourbillets ist auf Vorzeigung der Karten von den meisten Bahnen zugesagt. Auskunftsbureau im Centralbahnhof in Strassburg. Sectionsführer der Section für Psychiatrie und Neurologie Hr. Prof. Dr. *Jolly.*

Congress der Irrenärzte in Antwerpen — findet vom 7. Sept. a. an statt. Es kommen dabei zur Discussion Basen für eine internationale Statistik der Irren, über die Stellung der Irren den Gerichten gegenüber, über die Colonisation der Irren (Ref. Dr. *Mundy*), über die Wirkungen der Elektricität (Ref. Dr. *Benedict*).

Personal-Nachrichten.

Dr. *Pick*, Dir. der Irrenanstalt Dobrzn, Böhmen, ist zum Professor der Psychiatrie an der Universität Prag ernannt.

Dr. *Neuhaus*, stellvertr. 2. Arzt der Prov.-Irrenastalt Eichberg, wurde dirigir. Arzt der Depart.-Irrenpflegeanstalt in Düsseldorf,

Digitized by Google

Dr. *Waehner*, 2. Arzt der Irrenanstalt in Kreutzburg, 2. Arzt der Irrenanstalt in Bunzlau,

Dr. *Peterson*, 2. Arzt der Irrenanstalt in Bunzlau, 2. Arzt der Irrenanstalt in Kreutzburg,

Dr. *Simon*, Assistent der Irrenheilanstalt in Leubus, 2. Arzt daselbst.

Dr. *O. Berger*, Professor an der Universität zu Breslau, ist nach längerer Krankheit, 41 Jahre alt, zu Salzbrunn in Schlesien,

Dr. *Wagner*, Med. Rath und 2. Arzt des Hzgl. Genesungshauses zu Roda, Sachsen-Altenburg, am 22. August c.,

Dr. *Herm. Eckelmann*, Assistenzarzt der Irrenheilanstalt zu Marburg, am 22. August c. nach kurzem Leiden,

Dr. *Grunewald*, 3. Arzt der Prov.-Irrenanstalt in Eberswalde, am 28. Aug. c. an fortschreitender Paralyse gestorben.

Digitized by Google

Tabes mit Paranoia und terminaler Paralyse.

Von

W. Sommer,

Assistenzarzt der ostpreuss. Prov.-Irrenanstalt Allenberg.

Vrf. glaubt den nachstehend genauer beschriebenen Krankheitsfall an dieser Stelle ausführlicher mittheilen zu dürfen, da er nach mehreren Richtungen ein wissenschaftliches Interesse zu erwecken vermag. Dass sich zu einer seit mehreren Jahren bestehenden tabetischen Erkrankung allgemeine Paralyse hinzugesellt, gehört allerdings nicht zu den Seltenheiten, wie denn gerade die neuere Zeit zahlreiche Arbeiten über dieses Thema gebracht hat. Seltener sind dagegen diejenigen Krankheitsfälle, in denen die geistige Störung, die sich im Anschluss an Tabes entwickelte, klinisch das Bild der hallucinatorischen Verrücktheit dargeboten hat, und als eine besondere Ausnahme dürfte es wohl zu betrachten sein, wenn nun zu der gleichzeitig ausgebrochenen Tabes und Paranoia nach ihrem mehr als zwölfjährigem Bestehen durch Weiterausbreitung der tabetischen Erkrankung auf das bereits „verrückte" Gehirn die charakteristischen Symptome der allgemeinen Paralyse noch hinzutreten. Vrf hat den betreffenden Patienten während seines ganzen Anstaltsaufenthaltes bis zum Tode desselben — fast fünf Jahre hindurch — beobachtet: die paralytischen Erscheinungen, die tobsüchtige Erregung, der demente Grössenwahn und die Sprachstörung sind sicher erst in den letzten Lebensmonaten beobachten gewesen.

Nach dieser Darstellung würde es sich also u
Ausbruch einer sogenannten „secundären Paraly
bei der immerhin fraglichen Existenz einer solch

Digitized by Google

führliche Mittheilung eines neuen Falles, der nach jener Richtung hin interpretirt werden kann, nicht ungerechtfertigt. Im Uebrigen theile ich denselben nur zur Bereicherung der noch spärlichen Casuistik mit und enthalte mich vorläufig jeder weiteren Discussion.

Die Krankengeschichte selbst ist folgende:

Patient, ein 41jähriger Kaufmann, evangelischer Confession, ist in hohem Grade neuropsychopathisch belastet, hat sich aber körperlich wie geistig regelmässig entwickelt und hat sich, abgesehen von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten, stets einer guten Gesundheit erfreut. Das Gymnasium seiner Heimathstadt hat er bis zur Obersecunda besucht; dann erlernte er das kaufmännische Geschäft und soll während dieser Zeit ziemlich viel getrunken haben. Er wechselte später vielfach in seinen Stellungen, hatte sich aber nirgends recht schicken wollen und hatte auch mit einem eigenen Geschäftsunternehmen keinen Erfolg. Er hatte übrigens seiner Militairpflicht genügt und es bis zum Reserveofficier gebracht, und machte als solcher im 27. resp. im 31. Jahre den österreichischen und den französischen Feldzug mit. In letzterem wurde er durch einen Schuss durch den Unterschenkel schwer verletzt, musste über 6 Monate in einem Lazareth liegen und wurde dann mit dem eisernen Kreuz decorirt entlassen. Bei seiner Neigung, ein etwas grossartiges Leben zu führen, trotz der Unzulänglichkeit seiner Mittel, sah er sich nach kurzer Zeit in ziemlich precären Verhältnissen; nach mancherlei Irrfahrten, die ihn in fast ganz Norddeutschland umhergetrieben haben, erhielt er endlich bei einer Intendanturbehörde eine probeweise Anstellung. Auch hier gerieth er sehr bald mit seinen Vorgesetzten in Conflict und musste zum Theil auch wegen seiner derangirten Verhältnisse diese Carriere aufgeben. Allem Anschein nach war er schon damals nicht mehr intact. Im 35. Jahre wandte er sich nun wieder nach seiner Heimath und fand dort trotz seines mindestens sonderbaren Wesens Anstellungen als französischer Correspondent in mehreren grösseren Geschäften. Doch auch hier zeigte er sich überall unverträglich, misstrauisch und reizbar. Er fühlte sich von seinen Collegen und auch von ganz fern stehenden Personen in eigenthümlicher Weise verfolgt und wurde daher in vielfache Unannehmlichkeiten verwickelt, die sich noch wesentlich steigerten, als im Beginn seines 38. Jahres die bekannten Gehstörungen mit Gürtelgefühl und Sensibilitätsstörungen in den Unterextremitäten, wie sie für Tabes charakteristisch sind, eine bedeutende und rapide Verschlimmerung seines Zustandes herbeiführten. Ohne alle Vorboten (?) sollen übrigens, angeblich nach einer ruhigen Nacht beim Aufwachen am nächsten Morgen, Schwerfälligkeit der Gehbewegungen und Constrictionsgefühle am Schädel und Rumpf bereits deutlich entwickelt entdeckt worden sein. Wahrscheinlich datirt indess der Beginn der tabischen Erkrankung aus weit früherer Zeit; die Anstrengungen und Schädlichkeiten des Krieges dürften vielleicht mit der Verwundung des Unterschenkels und

Digitized by Google

neben der Heredität ätiologisch herangezogen werden können. Was den thatsächlichen Ausbruch des Leidens betrifft, so ist zu bemerken, dass schon 2 Jahre nach dem Feldzuge Sehstörungen und unangenehme Parästhesien bestanden haben, wenn Patient selbst auch nichts von ihrem Zusammenhange mit seinem jetzigen Leiden wissen wollte, da er jene in sein Verfolgungssystem verarbeitet und da er in dem „Rückenmarksunsinn" nur einen neuen Beweis seiner Feinde erblickt hatte. Er selbst hat die Entwickelung seiner Krankheit, wenn auch vom geisteskranken Standpunkt aus, sehr ausführlich beschrieben, und die Darlegung seiner eigenen Auffassung mag eine objective Mittheilung ersetzen.

Während Patient glaubte, auf Grund seiner militairischen Vergangenheit Ansprüche auf Civilversorgung zu haben, und während er darauf wartete, in dieser Beziehung glänzende Anerbietungen zu erhalten, entnahm er von einem Geldmann grössere Summen, die ihm auch gegen Wechselunterschrift verabfolgt wurden. Im Widerspruch zu seinen Hoffnungen erhielt er aber eine amtliche Zuschrift, dass er ohne Entschädigungsansprüche entlassen sei. Er sah sich daher in allen Erwartungen getäuscht und sein Gläubiger scheint, um wenigstens theilweise zu seinem Gelde zu kommen, sich Mühe gegeben zu haben, ihm irgendwo eine Anstellung zu verschaffen. Patient fasste aber dies als Anerkennung seiner günstigen Aussichten auf, obschon diese in Wirklichkeit immer schlechter wurden. Er sagte selbst darüber: „In jener Angelegenheit musste eine Mystification meiner Person stattgefunden haben; sonst wäre ein solches Unglück gar nicht möglich gewesen.... Da theilte mir nun J. (der Geldmann) eines schönen Tages in sehr markirter Weise mit„ dass er selbst ein ganz anderer Mann hätte werden können, wenn er nicht zu eigensinnig gewesen wäre; seine sämmtlichen Verwandten seien zum Katholicismus übergetreten und nun ginge es Allen vorzüglich. Nur er stände so miserabel (dass er mir 400 Thaler leihen konnte!), und ich könnte mir keinen Begriff machen, mit welchen Intriguen und Nichtswürdigkeiten die Leute umgingen, wenn sie Jemanden für sich gewinnen wollten; er sah mich dabei übrigens recht fest an und konnte das Lächeln kaum unterdrücken. Dass ich, dem ja Alles missglückt war, damit gemeint war, unterliegt wohl keinem Zweifel; worin die Rettung für mich bestünde, war ja ganz unverblümt ausgesprochen. Ich ignorirte aber damals den ganzen Fall und empfahl mich sehr bald. Zu Hause überlegte ich mir, dass J. es doch nicht habe wagen können, mich zum Behuf eines Religionswechsels in Schulden zu ziehen, da die Gemeinheit ja zu grenzenlos wäre. Dann aber dachte ich auch, wie sollte denn mein Malheur anders zu erklären sein. Während ich nun meine Reflexionen noch mache, werde ich, durch das Knistern meiner brennenden Stearinkerze aufmerksam geworden, gewahr, dass sich während des Brennens im Dochte Kreuzchen, Kapellchen u. s. w. abwechselten. Sofort kaufte ich mir persönlich eine Kerze, um die weiteren Beobachtungen anzustellen, konnte aber bei dieser auch nicht die leiseste Spur entdecken: und gerade in diesem Moment, um mir gleichs-

Digitized by Google

jeden Zweifel durch das Gewicht der Thatsachen zu nehmen, meldete mir meine Wirthin eine Dame an. Herein tritt eine ältere sehr grosse Dame, schwarz verschleiert, und theilt mir mit, dass sie durch eine Annonce von mir veranlasst (die Annonce bezog sich auf Unterricht in kaufmännischen Fächern, welchen ich seit kurzer Zeit bei sehr geringer Betheiligung betrieb), zu wissen wünsche, ob ich nicht ihren Söhnen ausserdem Unterricht im Kopfrechnen und der lateinischen Schrift — ha! der lateinischen Schrift — die ist so schön, fügte sie hinzu — geben könnte. Im ersten Moment wusste ich keine Antwort hierfür, dann entgegnete ich ihr, dass mein Programm diese Lehrgegenstände nicht umfasse. Sie erkundigte sich darauf nach dem Preise für meine sonstige Ausbildung und wollte mir Tags darauf ihren ältesten Sohn, den sie mir auffallend oft als sehr hoch aufgeschossen bezeichnete, zusenden. Ihr Dialect, welcher ein imitirter süddeutscher zu sein schien, verdunkelte mir keineswegs ihre vornehme Lebensstellung. 14 Tage waren vergangen, ohne dass der Sohn gekommen wäre: der Gedanke indessen, dass es nur jesuitische Umtriebe sein könnten, denen ich mein miserabeles Geschick zu verdanken hätte, und dass das mir geliehene Geld sicher auf dieselbe Quelle zurückzuführen sei, und zwar um mich besser in der Gewalt zu haben und mir nöthigenfalls eine Beamtenstellung unmöglich zu machen, verursachte mir nicht geringe Kopfschmerzen. Klarheit war mir das erste Bedürfniss, weshalb ich J. besuchte und ihm von dem Rencontre mit jener Dame Mittheilung machte. Sofort fiel er mir ins Wort, dass ein Jesuit aus Rom in Begleitung von 2 Damen zu Bekehrungszwecken eingetroffen sein sollte, und dass jedenfalls die von mir beschriebene Dame auch dazu gehöre Ich bat ihn derartige Albernheiten zu lassen und wunderte mich, wie er zu so romantischen Lügen bereits so vorbereitet gewesen; ich wäre zu practisch, um von so faulen Witzen Notiz zu nehmen. Das bisher verständige, sogar respectvolle Benehmen schien von nun an den Mann völlig verlassen zu haben und ennuyirte er mich täglich mit Rom, mit dem Pabste, mit den Jesuiten etc., so dass ich wohl schlechterdings einsehen musste, aus welchem Fonds sich die bereitwillige Hülfe herschrieb. Gelegentlich fragte ich ihn nun, worauf hin er mir denn eigentlich das viele Geld gegeben habe; ich müsste bei meinem grenzenlosen Malheur wirklich im höchsten Grade erstaunt sein über seine Beihülfe. Da antwortete er mir statt jeder vernünftigen Auseinandersetzung, dass mir eine Stellung mit 1200 Thalern doch immer gesichert sei. Auf die Frage, ob er vielleicht eine solche für mich habe, verneinte er dies .... Nach Hause gekommen bemerkte ich, wie schon öfter, dass die Schriften in meinem verschlossenen Secretär durchgestöbert waren. In meiner Wuth über alle diese Niederträchtigkeiten klingelte ich nach meiner Wirthin. Auf die Frage, wer in meiner Abwesenheit in meinem verschlossenen Zimmer gewesen sei und in meinen Papieren gekramt habe, erwiderte mir die Frau in angetrunkenem Zustande wie gewöhnlich, sie müssen Sie wohl für einen gescheidten Herrn erkannt haben. Das ging mir denn doch über den Spass. Dass mein

Digitized by Google

Zimmer in meiner Abwesenheit von fremden Personen besucht worden war hatte ich seit einiger Zeit an den seltsamen Arrangements wahrgenommen, die wahrscheinlich doch nur darauf berechnet waren, mich auf Merkwürdiges vorzubereiten.

Immerhin roch mich die ganze Angelegenheit zu jesuitisch an, als dass ich nicht mit allen Mitteln hätte danach streben sollen, aus dieser Versumpfung herauszukommen. Soviel ich indess auch über eine wirksame Abhülfe nachdenken mochte, es schien mir unmöglich, allein ohne Staatshülfe aus diesem Chaos herauszukommen. Den Bekehrungsabenteurern war dies natürlich auch bekannt und so konnte bei ihrer grenzenlosen Unverschämtheit ein alle denkbare Frechheit übersteigendes Abenteuer nicht ausbleiben; allerdings basirte dasselbe auf einem fast unglaublichen Blödsinn, dessen Geheimhaltung um so wahrscheinlicher war, als der veröffentlichende Theil in dem gegründeten Verdacht eines geistig Verirrten kommen musste.

Man lese und staune: es mochte wohl um 6 Uhr Abends gewesen sein, und das Ereigniss etwa den Februar 1874 betreffen, als ich in Gedanken über die Trostlosigkeit meiner Lage meinen Blick zufällig nach der Decke des Zimmers aufrichtend einen grünen leuchtenden Schimmer in Form einer Kugel gewahr werde. Im ersten Moment traue ich meinen Augen nicht und glaube diese vielleicht nur momentan zu aussergewöhnlichen Wahrnehmungen geneigt, als sich dasselbe Bild auch in Roth abspielt. Beide Kugeln neben einander in beweglicher Stellung, schliesslich eine dritte in hellerer leuchtender Farbe. Das Ganze verschwand sobald ich wegsah, um stets wieder zu erscheinen, wenn ich meinen Blick darauf richtete. Dass derartige Schrullen tiefliegender Bedeutung dem Jesuitismus eigen sind, war mir bekannt und wurde mir nicht wohler, gerade so wie nach dem Thee, den ich täglich genoss, da solcher mir seit einiger Zeit das Blut in ungewöhnliche Wallung brachte. Vorsicht schien mir hier nach jeder Richtung hin nöthig. Es galt also von dem üblichen Thee Abstand zu nehmen, dagegen einige Gläser Wasser zu trinken und dann einige Stunden zu schlafen, um noch später Beobachtungen anzustellen. Dies geschah. Doch änderte sich in der Entdeckung gar nichts. Da ich seit einiger Zeit über mir leise Tritte vernommen hatte und es wusste, dass das betreffende Zimmer unbewohnt war, so lag der Verdacht nahe, dass jene Manipulationen von oben her stattfänden, und zwar derartig, dass man gleichzeitig einen Einblick ins Zimmer habe, um das Erscheinen der Kugeln auf das jedesmalige Hinsehen abzupassen. Da ich mich durch eine practische Erforschung, gegen die doch jedenfalls Maassregeln getroffen waren, nicht blamiren wollte, so blieb mir nichts anderes übrig, als mich darüber zu vergewissern, ob ein Einblick in mein Zimmer stattfände. Das Parterrezimmer hatte 2 massive Aussenmauern, in deren einer meine Fenster nach dem Garten lagen; eine dritte war nach dem Corridor gerichtet, die vierte Mauer bestand aus einer mein Schlafcabinet begrenzenden Wand. Die Rouleaux hatte ich geschlossen und mich von innen wie von aussen auf das Gewissenhafteste überzeugt,

Digitized by Google

dass kein Einblick möglich sei. Meine Thür schloss ich von innen ab, zündete mir Licht an: die Erscheinungen waren indess nicht zu bannen. Ich beschloss nun den Verzweifelten zu spielen, da Besorgnisse die Sache verrathen dürften. Ich nahm also eine Miene an, als ob ich meinem Leben ein Ende machen wollte, beobachtete diese Rolle unter steigender Scheinunruhe etwa eine Stunde, nahm dann eiligst Hut und Stock und verliess das Zimmer, in der Meinung, dass falls ein Einblick stattgefunden, ich etwas Ausserordentliches erleben würde. Es war also etwa 10 Uhr Abends, als ich in das Restaurant eintrat, nachdem ich den Weg dorthin unter einer verstellten schwankenden Bewegung zurückgelegt hatte. Kaum 2 Minuten da, tritt ein feingekleideter Herr, etwa Ausgangs der Zwanziger, von sehr aristokratischem Aeusseren ein, wirft mir bereits an der Thür einen sehr bezeichnenden Blick zu und wendet denselben erst ab, als er mir vis-à-vis Platz genommen, zieht eine Brieftasche hervor, beobachtet mich von Neuem, nimmt einen Wechsel heraus, betrachtet mich, dann das Accept, vernichtet den Wechsel, indem er mich ununterbrochen ansieht, und entfernt sich in einer scheinbar grüssenden Form. (Hierbei muss ich bemerken, dass sich J. kurze Zeit vorher über alle Zahlungen einen einzigen Wechsel hatte geben lassen, der selbstverständlich der nunmehr vernichtete sein sollte.) Meine Meinung, dass ein Einblick in meine Zimmer möglich und dass auch an den Erscheinungen ein Zweifel weniger wäre, wurde erheblich vergewissert. Nach meiner nahe liegenden Berechnung hatte ich nun erstlich den Besuch von J. zu erwarten, welcher mir die Nachricht von dem Abhandenkommen des Wechsels bringen würde, und dann die Annäherung des qu. Herren, der den Wechsel vernichtet hatte. Beides traf zu: zunächst besuchte qu. Herr das Local, wo ich dinirte, nahm wieder mir gegenüber Platz, faltete die Hände, richtete seinen Blick nach oben und nahm bald Gelegenheit, sich mir als Kaufmann aus Hamburg vorzustellen. Gegen Abend fand sich J. ein, um mir die schauderhafte Kunde, dass mein Wechsel verloren wäre, mit heiterster Miene zu bringen; ich ersuchte ihn, den Wechsel jedenfalls amortisiren zu lassen, da ich erst dann, wenn ich vor jeder Inanspruchnahme sicher wäre, einen neuen zeichnen würde. Er meinte nun, dass ich vielleicht den Wechsel mitgenommen habe. Wenngleich ich die Leere dieser Worte selbstredend verstand, so that ich doch, als ob ich nachsuchte, benutzte indess wider Erwarten J.'s die Gelegenheit, mich nach ihm umzusehen, und bemerkte, wie er mit einem sehr verschmitzten Lächeln nach der Zauberstelle an der Decke emporschaute. Der Zweifel war noch geringer geworden. Am nächsten Tage besuchte mich gar jener qu. Herr und „copirte einige höchst sonderbare Fussgesten, welche ich gestern bereits zu dem Zwecke gemacht hatte, damit sie die Veranlassung nahe legten, sie mir zu wiederholen". Es wäre hiermit schon jeder Zweifel gelöst; es sollte mir jedoch eine grössere Bestätigung noch dadurch werden, dass jedes Mal, wenn ich nach oben sah, geklopft wurde.

.... Dass J. mit dem Hamburger Herrn in Verbindung stand, ging

Digitized by Google

nicht allein daraus hervor, dass die Wechselmanipulation mit der Behauptung J.'s, meinen Wechsel verloren zu haben, zutraf, sondern aus folgendem Umstande: etwa 4 Wochen vorher hatte ich bei einem Besuche J.'s einen Herren getroffen, den mir J. mit den Worten: „das ist auch einer von unseren Leuten", vorstellte; nicht wissend, wie ich damals diese Redensart in Bezug auf mich deuten sollte, hatte ich als ich mit dem Hamburger Herrn in einem Restaurant zusammentraf, Gelegenheit, die Interpretirung zu finden. Mein Hamburger Begleiter, welcher es nämlich nicht wissen konnte, dass ich den so bezeichneten Herrn auch bereits kannte, stürzte bei seinem Eintreten in der intimsten Weise auf ihn zu und setzte denselben als er ihn in meine Nähe brachte, in nicht geringe Verlegenheit.

Eins blieb mir indess gewiss, dass nämlich die ganze Darlehnsangelegenheit, welche doch nur durch die Vorspiegelungen einer zukünftigen grossen Stellung in's Leben gerufen war, eine gemeine Intrigue wäre, sobald der J.'sche Wechsel sich wieder vorfände.... Etwa 10 Tage waren bereits verstrichen, und der Wechsel blieb verschwunden, da fiel es mir ein, dass ich hierüber sehr bald informirt sein könnte, wenn ich J. überzeugte, dass ich ein geschworener Feind der Jesuiten sei. Die Probe wurde gemacht und war J. über alle Maassen verblüfft, zeigte mir jedoch Tags darauf schon an, dass der Wechsel wiedergefunden sei....

Die Intriguen, durch welche mein langjähriges Unglück erklärlich wurde, waren hiermit erwiesen. Die Nothwendigkeit, so schnell wie möglich abzureisen, lag auf der Hand....

Unter fortwährenden Geldverlegenheiten und unter Anknüpfung höchst fragwürdiger Bekanntschaften, die der Kranke dann wieder in seinen Verfolgungswahn hinein verarbeitete, sobald sie ihn betrogen hatten, kam er endlich nach langen Irrfahrten, wie schon oben mitgetheilt, nach seiner Heimath zurück. Er hatte dort das Glück, Beschäftigung zu finden, und muss sich während mehrerer Jahre auffallend beherrscht haben, sodass er von einzelnen seiner Principale thatsächlich gute Zeugnisse erhalten hat. Doch dauerten natürlich seine Wahnvorstellungen unverändert fort, trotz der scheinbaren Ruhe, und auch die Hallucinationen spielten noch immer ihre verderbliche Rolle. So schrieb er selbst in seinem Tagebuch aus dieser Zeit: .... Um auf meine Wohnung zurückzukommen, so hatte ich eine solche unter Anderem bei einer Frau F., deren Confession ich nicht antasten will; bald musste ich jedoch zu meinem grossen Befremden wahrnehmen, dass auch hier die katholischen Firlefanzereien noch kein Ende nahmen. Denn eine ganze Zeit lang verbreitete das mir von der Frau F. verabfolgte Licht nicht mehr und nicht weniger als einen colossalen Heiligenschein im Durchmesser von etwa 35 cm, dessen Mittelpunkt die Lichtflamme war. Der Schein selbst bestand aus einem stark markirten ca. 3 Finger breiten, förmlich dichten gelben Reifen, dessen äussere Ringfläche selbst in den Regenbogenfarben spielte, so dass ich nicht umhin konnte, laut aufzulachen, und wäre ich sicher dauernd in guter Stimmung geblieben, wenn mich nicht gleich-

Digitized by Google

zeitig derselbe an die Niederträchtigkeiten der Vergangenheit erinnert hätte .... Eine andere Wohnung hatte ich bei S., bei dem die Einsicht von oben herab sehr häufig durch Klopfen markirt wurde, sobald ich nach der Decke sah. Als ich bereits $1^1/_2$ Jahr hier gewohnt hatte, hing mir Frau S., welche gerade in keinem guten Rufe stand, ein Christusbild eigenmächtig und wider mein Wissen an Stelle des von mir hingehängten militairischen Bildes auf. Herr S. seinerseits bedauerte einmal geradezu, dass ich nicht katholisch sei. Mich wunderte dies um so mehr, als sie beide reformirt sein wollten. Allerdings lag nach ihren sonstigen Eigenschaften auch Seelenschacherei nicht zu ferne, und behaup'ete ihr Sohn sogar, dass die Polizeicommissare der früheren Zeit, sie im besten (ironisch gemeinten) Lichte schildern könnten.

Seit dem October 1876 wechselte Patient nun wieder häufig die Stelle, da er seine Selbstbeherrschung völlig verlor. Er fühlte sich überall chicanirt, malträtirt und cujonirt; alle Leute, mit denen er zu verkehren hatte, ärgerten ihn, gaben ihm Zeichen, falteten die Hände, wenn sie mit ihm sprachen etc. Es kam daher häufig zu den unangenehmsten Auftritten mit seiner Umgebung. Bald kündigte er, bald wurde ihm seine Stelle gekündigt, und immer schwieriger wurde es dem überall Jesuiten oder Katholiken witternden Kranken, Beschäftigung zu finden oder sie gar auf längere Zeit zu behalten. Seit 1877 stockten denn auch die Abzahlungen auf seine früheren Wechsel und da diese nun eingeklagt wurden, so häuften sich die Geldverlegenheiten wieder und um so mehr, als Patient zuletzt gar keine Stellungen mehr annahm, weil er sich überall und von den harmlosesten Personen verfolgt und betrogen fühlte.

In noch höherem Maasse wurde aber sein psychischer Zustand dadurch beeinträchtigt, dass ziemlich gleichzeitig — im Frühjahr 1877 — die der sensiblen Sphäre angehörigen Symptome der Tabes dorsalis ausbrachen: angeblich nach einer ganz ruhigen Nacht und ohne jede vorausgegangene Veranlassung erwachte Patient eines Tages gleich mit Schwerfälligkeit in den unteren Extremitäten, mit Gürtelgefühl und „Kopfeinschnürung“. Natürlich wurden diese Empfindungen sofort als die Folge einer medicamentösen oder auch elektrischen Beeinflussung seines Körpers durch ärztliche Agenten der katholischen Kirche aufgefasst. Schnell entwickelten sich dann die bekannten Coordinationsstörungen und bald erreichte die Ataxie einen so hohen Grad, dass der Kranke nicht mehr ohne fremde Hülfe zu gehen vermochte. Er musste sich daher zu seiner alleinstehenden Mutter zurückziehen und lebte nun ohne jede Beschäftigung unter kümmerlichen Verhältnissen, durchaus aber von seinen Verfolgungswahnvorstellungen beherrscht und in gewissem Grade auch seine an und für sich psychisch nicht ganz intacte Mutter von der Realität der gegen ihn gerichteten jesuitischen Umtriebe überzeugend. Allmälig freilich konnte sich die Mutter dann nicht mehr der Ueberzeugung verschliessen, dass mindestens Uebertreibungen seitens ihres Sohnes bei den prätendirten Verfolgungen im Spiele seien, denn er hatte

Digitized by Google

ihr allmälig ganz unverhohlen zu verstehen gegeben, dass er sie selbst im Einverständniss mit jenen Intriganten vermuthe. Mit der Zeit traten häufige Erregungsanfälle ein, in denen er gegen seine Verfolger und auch gegen die Mutter die lebhaftesten Klagen erhob und so heftig lärmte und schimpfte, dass die weitere Verpflegung zu Haus nicht mehr möglich schien. Am 16. Febr. 1880 erfolgte daher endlich seine Aufnahme in die hiesige Pflegeanstalt.

Hier zeigte sich die Tabes bereits so weit vorgeschritten, dass Pat. sich nur am Arme eines Führers und mit einem Stocke auf der anderen Seite gestützt schwerfällig vorwärts bewegen konnte. Auf die einzelnen Symptome braucht an dieser Stelle nicht eingegangen zu werden; es sei nur noch bemerkt, dass die Pupillen nur stecknadelkopfgross, aber gleich waren und eine nur unbedeutende Reactionsfähigkeit zeigten. Die Sehkraft war völlig normal; die Sprache in keiner Weise behindert oder überhaupt nur auffällig.

Geistig befand er sich in einer sehr gereizten aber dabei zuversichtlichen Stimmung: „er fühle sich in jeder Beziehung wohl, wenn nur sein Rückenmarksleiden geheilt wäre. Doch auch das sei ja nur eine infame Spielerei, die ihm durch Elektrisiren und Chloroformiren zugefügt sei. Es sei eine Folge der elenden Machinationen der Jesuiten, die überall ihre Agenten hätten und die ihn dauernd zu quälen gedächten, bis er nachgebe und zum Katholicismus übertrete. Aber er werde ihre Nichtswürdigkeiten, hinter denen auch seine Mutter stecke, wie sich ja aus der Ueberführung in die Irrenanstalt ergebe, schon entlarven etc.“

Er verlangte daher dringend seine sofortige Entlassung, auf die Wichtigkeit seiner Person, auf seine Stellung als (ehemaliger) Officier pochend und unendliche Satisfaction verlangend. Sobald er in Jemandem einen Katholiken vermuthete, und das kam sehr häufig vor, wurde er sehr aufgeregt und gegen den Betreffenden, der ihn vielleicht ganz ahnungslos angesehen oder der auf ihn hingedeutet haben sollte, ausfallend und schimpfend. Natürlich machte er dann auch seine Mutter und die Beamten der Anstalt in den schnödesten Worten dafür verantwortlich, dass er hier so lange festgehalten worden und den nichtswürdigsten Spielereien ausgesetzt sei, bis er an Körper und Geist gebrochen, endlich zum Katholicismus übertreten müsse. „Mein Körper wird mit jedem Tage elender, hier kann man ja auch nicht gesund bleiben, aber mein Geist ist immer noch so gestählt, dass ich vorläufig noch alle diese gemeinen Intriguen durchschaue. Da werden mir Pulver in den Kaffee hineingeschüttet, sobald ich hinwegsehe, und die müssen ja meine Gesundheit schädigen. Davon schwillt mir das Kreuz und der Unterleib so an, dass ich wie von Luft aufgeblasen bin, und ich muss dann oft stundenlang mit den Händen die Hüften herabstreichen, ehe wieder die Schwellung weggedrückt ist. Dann ist aber auch das Kreuz wie von Stahl.“ Zu anderen Zeiten werden ihm durch die Pulver die heftigsten „Ziehschmerzen“ in den Beinen veranlasst und während er im Bett ausgestreckt liegt, „zieht es ihm oft so in die Beine herab, dass ihm die Decke weggezogen wird“. (Er scheint öfters von tonischen und schmerzhaften

Digitized by Google

Zuckungen in einzelnen Muskelgruppen der Unterextremitäten befallen zu werden, wodurch wohl das Wegziehen der Bettdecken zu erklären sein dürfte.) Auch wird er immer noch von Zeit zu Zeit heimlich chloroformirt und elektrisirt, wenigstens fühlt er noch häufig genug das lästige Kriebeln des elektrischen Stromes. Selbstverständlich wurde auch diese Unannehmlichkeit auf die Pläne und Chicanen gewisser auf den Katholicismus hinarbeitender Individuen bezogen.

Aus den bisherigen Angaben der Krankengeschichte dürfte wohl zweifellos hervorgehen, dass die Geistesstörung des Patienten keine paralytische gewesen ist, sondern klinisch genau dem Bilde der hallucinatorischen Verrücktheit entsprochen hat. Auch der Verlauf des Leidens während der folgenden drei Jahre ist in voller Uebereinstimmung mit der letzteren Diagnose. Aus dem Anfang des vierten Jahres, das der Kranke in der hiesigen Anstalt zubrachte, sei noch folgende Notiz in dieser Hinsicht mitgetheilt:

Die Tabes hat keine bedeutenden Fortschritte gemacht. Die Erregungsanfälle auf Grund lebhafterer Empfindungen und Hallucinationen sind etwas seltener geworden, doch äussern sie sich immer noch in unmotivirtem Schreien und Schimpfen über das Betragen und die Hinweisungen der Wärter oder anderer Patienten. Er behauptet jetzt besonders energisch, die Jesuiten trieben in den Räumen über seinem Zimmer wieder ihr Unwesen. Er könne ganz deutlich sehen, wie durch die Decke des Zimmers von einer Ecke aus feine Löcher mit dünnen Stahlstiften gebohrt würden. Sobald er übrigens die durch die Decke in schräger Richtung durchdringenden Spitzen der Stahlbohrer genauer beobachten wolle, würden sie schnell zurückgezogen. Durch jene Löcher würden dann durch infame Spielereien giftige Pulver auf ihn hin gestreut. Auch würden ihm öfters Zeichen durch Klopfen gegeben und Bedrohungen würden ihm oft genug zugerufen. Einige Mal habe er sogar gehört, wie unter dem Fenster gesagt worden sei, man werde jetzt auf ihn schiessen, und dann habe er aufgepasst, die Weste und das Hemd geöffnet, um zu sehen, ob man es wagen würde, die Spielerei so weit zu treiben und wirklich auf ihn zu schiessen; er habe aber natürlich nur das Knallen des Gewehrs gehört. Es sei eben nur eines jener Manöver gewesen, um auf ihn eine Pression auszuüben.

Seit dem Sommer 1883 änderte sich nun das Bild. Anfangs in wenig auffälliger Weise. Die Hallucinationen wurden noch lebhafter, die Wahnvorstellungen aber verwirrter und dementer als bisher. Er hörte fast ununterbrochen Stimmen, die bald von seiner Mutter oder von den Jesuiten herzukommen schienen. Er wurde daher äusserst unruhig, schimpfte und scandalirte sehr viel und gab zu so bedeutenden Störungen Anlass, dass er auf eine unruhige Abtheilung verlegt werden musste. Unter den Erscheinungen schwerer Hirncongestion verfiel er hier nun in einen Zustand agitirter Be-

Digitized by Google

nommenheit. Bald wälzte er sich im Bette umher, auf's Lebhafteste gesticulirend und verwirrtes, oft ganz unverständliches Zeug schwatzend, bald lag er fast soporös da, nur leise vor sich hin murmelnd. Dabei verweigerte er jede Nahrungsaufnahme und da sich ohne nachweisbare sonstige Veranlassung mässiges Fieber eingestellt hatte, verfielen die Körperkräfte rapid.

Nach einigen Tagen wurde er indess wieder besinnlicher, doch fiel jetzt eine eclatante Sprachstörung auf, die früher niemals in der fliessenden Rede des Patienten beobachtet worden war. Er versprach sich nun sehr häufig, stockte bei vielen Silben und stolperte oft über einzelne Buchstaben, so dass die immer noch sehr schnelle Sprache nur schwer verständlich wurde. Dabei zeigten sich fibrilläre Zuckungen in den kleinen Gesichtsmuskeln und auch die Coordination der Fingerbewegungen war deutlich gestört. Obschon nun der Appetit sich allmälig wieder hob, so blieb der Kranke doch so hinfällig, dass er nicht mehr das Bett verlassen konnte. Eine Lähmung oder Parese war übrigens nicht nachzuweisen, nur die Sphinkteren versagten häufig.

Am auffallendsten war aber die Aenderung, die sich allmälig in dem gesammten Inhalt seiner Wahnvorstellungen vollzog. In verwirrter, aber durchaus behaglicher Weise äusserte er nun, er sei Abkömmling des ältesten russischen Adelsgeschlechts, älter und daher vornehmer als die Dolgoruki's und die Romanoff's selbst. Er habe die Anwartschaft auf den russischen Czarenthron, sei russischer Generallieutenant und preussischer General. Er habe das ganze Vertheidigungswesen beider Staaten zu leiten, und verfasse daher Berichte und Instructionen sowohl für die russische als auch für die preussische Armee. Er habe eine Dotation von zwar nicht 100000 Thalern, aber über 50000 seien es doch, und ausserdem sei ihm eine reiche Braut vom Kaiser ausgesucht. Die höchsten Orden besitze er auch etc. etc. Die Katholiken hätten nichts mehr zu bedeuten, er stände viel zu hoch, als dass selbst diese so mächtigen Genossenschaften etwas gegen ihn vermöchten. Er sei grösser als Bismarck und Gortschakoff. Der Letztere sei zwar schon gestorben gewesen, aber er habe ihn wieder aufgeweckt. Es sei freilich erst am 4. Tage gelungen. Er sei besonders gesegnet von Gott, könne seine Kraft aber nur zum Guten verwenden etc.

In diesem Zustande lebhafter Erregung und unter gleichbleibender Production verwirrter und dementer Grössenwahnvorstellungen von dem classischen Gepräge der Paralyse hielt sich der Kranke nun längere Zeit ziemlich unverändert. Doch war es bei seiner Unbehülflichkeit und gleichzeitigen Agitation leider nicht möglich, die allmälige Entstehung eines Blasenkatarrhs zu verhüten und diesem, sowie secundären Nasenblutungen erlag endlich der im höchsten Grade verfallene Patient, noch in der Agone mit kaum verständlichen Worten incohärente Bruchstücke seiner Grössenideen vor sich hin murmelnd, am 1. April 1884. Die Section des nur 38 kg wiegenden Leichnams ergab in Bezug auf Rückenmark und Hirn Folgendes.

„Gewicht des Rückenmarks 34 g. Die weichen Häute sind auf der Hinterfläche des Marks sulzig verdickt und milchig getrübt. Auf dem Quer-

Digitized by Google

schnitt erscheint das Halsmark fest, wenig vorquellend; die Hinterstränge sind in ihrer ganzen Ausdehnung opak grau; am dunkelsten sind die median gelegenen Goll'schen Stränge, welche aber durch eine die hintere Längsspalte einfassende schneeweisse und kaum $^1/_2$ mm breite Randzone von einander getrennt erscheinen. Die Seitenstränge sind ganz frei.

Am unteren Ende des Halsmarks wird die weisse Leiste zwischen den Goll'schen Bündeln noch kürzer und schmäler, um dann ganz zu verschwinden. In den grauen Säulen zeigen sich reichliche Blutpunkte; an einer Stelle an der Grenze zwischen dem Hals- und Brustmark befindet sich an der hinteren Spitze des rechten Hinterhorns eine kleine capillare Apoplexie. An derselben Stelle sind beide Säulen stark hyperämisch, rechts aber in noch höherem Grade als links.

Im Brustmark stechen die in der ganzen Ausdehnung dunkelgrauen Hinterstränge, die an Intensität der Verfärbung die grauen Hörner noch weit übertreffen, scharf von dem übrigen Querschnitt ab und sind stark verschmälert. Die Ränder der Querschnitte sind überall scharfkantig, während die graue Substanz der Hörner erweicht erscheint und tief einsinkt. Je weiter man nach abwärts die Querschnitte anlegt, desto dunkler werden die Hinterstränge. Die Seitenstränge sind indess völlig intact.

Im Lendenmark besteht die Verschmälerung und Verfärbung der Hinterstränge unverändert fort. Sie sind resistenter als die Umgebung; die verdickten und milchig getrübten weichen Häute sind hier inniger mit der Oberfläche der atrophischen Hinterstränge verwachsen, als in den anderen Abschnitten des Marks. Die Seitenstränge und die Vorderstränge sind auch im Lendenmark völlig frei.

Schädeldach: die in der Ebene der grössten Circumferenz abgesägte Calotte wiegt 463 g bei einer Länge von 193, Breite von 153 und Höhe von 90 mm. Das Hinterhaupt ist in der Lambdanaht sehr stark vorgebuckelt, so dass es fast um 1 cm vom übrigen Schädel abgesetzt ist. In der Medianlinie verläuft ein mässig ausgebildeter Kiel, der seine grösste Höhe im Stirnbein erreicht. Die Nähte sind in der Verwachsung begriffen. Die Gefässfurchen sind glattrandig und ziemlich tief.

Im Längsblutleiter findet sich ein mächtiges, im hinteren Theil bereits entfärbtes Gerinnsel. Das Durainnere ist frei von Pseudomembranen.

Das Gehirngewicht mit weichen Häuten beträgt 1448 g (bei einer Körperlänge von 167 cm). Die Einzelgewichte nach der *Meynert*'schen Zerlegung betragen:

Linker Mantel (mit Häuten)	541	Medulla obl.	7	Rechter Mantel (mit Häuten)	550
		Pons	16		
Linkes Stirnhirn	217	Corpor. quadr.	11	Rechtes Stirnhirn	217
Linkes Scheitel-, Schläfen- u. Hinterhirn	303	Thalam. opt.	26	Rechtes Scheitel-, Schläfen- u. Hinterhirn	311
		Corp. striat.	96		
	520	Stamm	156		528
		hierzu Cerebellum	173		
			329		

Digitized by Google

Die weichen Häute sind stark hyperämisch, ödematös, fest, glatt abziehbar ohne Substanzverluste der Rinde zu hinterlassen; ihr Gewicht beträgt 32 g. Mässiger Hydrocephalus externus. Die Rinde ist überall schmal, dabei hyperämisch; auch das Mark ist schon im Stirnhirn von sehr reichlichen Blutpunkten und erweiterten aber blutleeren Kanalquerschnitten durchsetzt. Die ganze Marksubstanz hyperämisch und feucht glänzend, ödematös. In der Grenzfurche zwischen Insel und linkem Schläfenlappen sitzt ein erbsengrosser elastischer, fast weicher Tumor, in einer Gabelung der Art. fossae Sylvii, und löst sich mit dieser beim Abziehen der Häute ab, einen etwa in die halbe Dicke der Rinde eindringenden Defect hinterlassend. (Cysticercus cellul.)

Das Kleinhirn ist blass, blank, ödematös. In den Basalgang'ien finden sich ziemlich viel reichlich erweiterte Gefässdurchschnitte, besonders aber an der Tänialgrenze des rechten Linsenkernes. Der Opticus erscheint beiderseits normal.

Der pathologisch-anatomische Befund erklärt die tabetischen Symptome in jeder Beziehung. Weniger gut lassen sich freilich die Hirnveränderungen mit dem Krankheitsbilde in Zusammenhang bringen. Immerhin kann man abgesehen von der Schädeldifformität, die wohl als Stigma hereditatis zu betrachten ist, die chronische Leptomeningitis, die Rindenatrophie, den nicht ganz unbeträchtlichen Hydrocephalus -- es ergiebt sich aus der Addition der Einzelgewichte ein Liquorgewicht von 39 g — und das chronische diffuse Hirnödem mit einiger Sicherheit als das pathologische Substrat der Paranoia annehmen. Für das Zustandekommen der terminalen Symptome würde dann die Hyperämie der Meningen und des Gesammtgehirns, besonders aber auch der Stirnlappen zu beanspruchen sein. Man könnte sich also vorstellen, der Patient sei im Congestionsstadium der Paralyse verstorben, ehe es noch zur Bildung pachymeningitischer Blutergüsse und Pseudomembranen und zur Periencephalitis gekommen sei. Es soll mir indess fern liegen, die Interpretation als zweifellos richtig zu bezeichnen. Die vorstehende Mittheilung einer Krankengeschichte, die mit einiger Wahrscheinlichkeit als ein Fall von secundärer Paralyse betrachtet werden kann, soll nur zur vorläufigen Bereicherung der Casuistik dienen.

Digitized by Google

Einiges zur allgemeinen Paralyse der Irren[1]).

Vor 15 Jahren habe ich eine kleine Arbeit über Diagnose und Prognose der allgemeinen fortschreitenden Paralyse der Irren veröffentlicht[2]) und in derselben u. A. eine Reihe von Fällen, in denen die Krankheit anscheinend in Genesung endete, mitgetheilt, sowie auf eine besondere Erscheinungsform der Paralyse als Pseudoparalysis e potu aufmerksam zu machen gesucht. Auf beide Punkte sehe ich mich heute veranlasst nochmals zurückzukommen.

I.

Nachdem ich während der darauf folgenden 12 Jahre von 1870—1882 weder in einer grossen Anstaltspraxis noch ausserhalb der Asyle in consultativer Thätigkeit unter Paralytikern (in Summa über 300 Fälle) einen ähnlichen Fall des Ausgangs in Genesung beobachtet hatte, hielt ich es damals schon für Pflicht der späteren Geschichte den früher als genesen bezeichneten Personen nachzuforschen. Diese Nachforschung erstreckte sich auf die geschilderten 7 Fälle, die sämmtlich das gewöhnliche Bild der Paralyse darstellten, — nur in den zwei letzten Fällen fehlte die Sprachstörung, (worauf ich s. Z. besonders aufmerksam machte) — und ergab, dass über einen Fall (Literat No. 1), der sich 1½ Jahre nach seiner Entlassung gut gehalten und darnach den Rhein verlassen hatte, seitdem keine Kunde mehr erlangt werden konnte, von den sechs übrigen aber fünf verstorben waren und nur einer noch lebte.

Von den Verstorbenen hatte sich einer (No. 2), kein Trinker,

[1]) Nach einem im psychiatrischen Verein der Rheinprovinz am 13. Juni 1885 gehaltenen Vortrage.

[2]) Irrenfreund 1870. 7.

Digitized by Google

zu Hause ganz gut gehalten, ist aber 2 Jahre nach seiner Entlassung eines Tages bewusstlos am Wege gefunden worden und nach 24 Stunden anscheinend am Schlagfluss gestorben. Ein anderer (No. 3), der das erste Jahr in seinem Geschäft gesund geblieben, zeigte im 2. Jahre nach seiner Entlassung wechselnde Stimmung und allerhand verkehrte Ideen, war aber im Stande sein Geschäft zu leiten; nach 2 Jahren traten aber ausgesprochene Lähmungserscheinungen an Zunge und Extremitäten wieder auf, die eine Hospitalbehandlung erforderten, während welcher 1 $^1/_2$ Jahre später ein plötzlicher Tod erfolgte.

Der nächste Fall (No. 4), Inhaber eines grossen Kleidergeschäftes, hat nach seiner Entlassung 1 Jahr lang dasselbe in normaler Weise geleitet, ist aber dann wieder erkrankt, der Heilanstalt Siegburg wieder zugeführt worden und zwar mit denselben körperlichen Lähmungssymptomen wie das erste Mal, aber mit colossalem Grössenwahn. Wiederum trat Besserung ein, die Lähmungserscheinungen schwanden, aber die Erinnerung für die Erkrankung blieb mangelhaft und die geistige Lebendigkeit liess zu wünschen übrig. Durch besondere Verhältnisse zur Rückkehr nach Hause genöthigt, musste er nach $^1/_2$ Jahr einer heimischen Pflegeanstalt zugeführt werden und starb dort nach wenigen Monaten unter den Erscheinungen tiefer paralytischer Demenz.

Der 5. Fall, der einen Melancholiker mit deutlichen Symptomen der allgemeinen Paralyse betraf, blieb bis auf kleine gemüthliche Verstimmungen sechs Jahre lang gesund und geschäftstüchtig, erkrankte dann nach einer syphilitischen Infection unter der Form aufgeregter Melancholie, aber mit raschem Eintritt psychischen Verfalls und erlag nach Jahresfrist einer Pachymeningitis haemorrhagica.

Der sechste s. Z. gebessert entlassene Fall, an dem während der folgende 4 Jahre eine gesteigerte Gemüthsreizbarkeit und auffallende Gleichgültigkeit gegen sein Geschäft zu beobachten waren, ist nach Verlauf dieser Frist eines plötzlichen Todes (das Nähere ist nicht zu erkunden) gestorben.

Der letzte (No. 7) der damals aufgeführten Kranken, der drei Jahre lang bereits gesund und arbeitsfähig sich erwiesen hatte, war nach der 12 Jahre später eingezogenen Erkundigung auch weiter gesund geblieben. Eine nochmalige Erkundigung in diesem

Digitized by Google

Jahre ergab das Fortbestehen der Gesundheit nach nunmehr 18 Jahren.

Das Schlussergebniss ist also, dass von den sechs (5 genesen, 1 gebessert) mit günstigem Erfolg aus der Behandlung entlassenen Paralytikern: zwei (No. 3 u. 4) bereits nach einem Jahre wieder an voller Paralyse erkrankten und endeten, zwei andere (No. 2 u. 5), der eine nach 2 am Gehirnschlag, der andere nach 6 Jahren nach vorhergegangener Geistesstörung an Pachymeningitis zu Grunde gingen, der gebessert entlassene (No. 6), der zur völligen Genesung nicht gelangt war, nach 4 Jahren einen plötzlichen Tod erlitt und nur Einer (No. 7) sich als genesen bewährt hat.

Schliesse ich den bloss gebesserten Fall aus, so dauerten die freien Zeiten überhaupt 1—2 Jahre, nur einmal 6 Jahre und in den vier Fällen, in denen die Todesursache bekannt geworden, war es eine Gehirnerkrankung, bei der ein Zusammenhang mit der Ersterkrankung doch höchst wahrscheinlich sein wird. Für die an ausgesprochener Paralyse Verstorbenen wird die freie Zwischenzeit wohl nur als Remission anzusehen sein, während dieselbe in den anderen beiden Fällen mit einer Dauer von 2 resp. 6 Jahren von einer Genesung nicht zu unterscheiden war.

Dass der einzige Fall (No. 7), in dem die anscheinende Genesung sich bewährt hat, neben den sonstigen Lähmungssymptomen die Sprachstörung vermissen liess, habe ich schon damals ausdrücklich hervorgehoben[1]), und diese Thatsache macht mich jetzt um so mehr zweifelhaft an der Richtigkeit der damaligen Diagnose auf Paralyse, als ich aus meinen Erfahrungen über diese Krankheitsform überhaupt die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die Diagnose einer allgemeinen Paralyse unsicher bleibt[2]), so lange keine Sprachstörung zu constatiren ist. So bin ich denn jetzt genöthigt anzuerkennen, dass meine früheren Mittheilungen über anscheinend günstig verlaufene Paralysenfälle sich nach angestellter Revision darauf beschränken, dass zwei Kranke eine Reihe von

[1]) a. a. O. p. 112.

[2]) *Baillarger* (Annal. méd. psych. 1882, X, 199) will zwar eine Paralyse auch ohne Sprachstörung annehmen, wenn Grössenideen, Incohärenz und extravagante Handlungen vorhanden, hat selbst aber nur einen Fall beobachtet, beruft sich zur Unterstützung seiner Ansicht auch auf meine obigen Fälle.

Digitized by Google

Jahren (2 resp. 6 Jahre) genesen geblieben, dann aber der eine plötzlich an Apoplexie, der andere nach einem der Paralyse ähnelnden psych. Krankheitsprocess an hämorrhagischer Pachymeningitis aus dem Leben geschieden sind; der einzige dauernd gesund Gebliebene aber der Paralyse wahrscheinlich gar nicht angehört hat. — Vielleicht wäre eine ähnliche Revision auch für die nicht seltenen Fälle angezeigt, die seit jener Arbeit als Beispiele erfolgter Genesung an Paralytikern in der Literatur bekannt gegeben worden sind.

Eine Uebersicht und Kritik derselben hat *Oebeke*[1]) gegeben; dieselbe erstreckt sich bis zum Jahre 1879 und begreift auch einen, von ihm selbst beobachteten Fall in sich. Nach späterer Mittheilung[2]) ist der betreffende Patient nach anscheinend ungetrübter, dreijähriger Gesundheit wieder erkrankt und bald in einem apoplectischen Anfall gestorben.

Seit 1879 habe ich in der Literatur noch weitere Fälle von Genesungen verzeichnet gefunden, und zwar mitgetheilt von *Fiedler*[3]), *Seifert*[4]), *Macload*[5]), *Falk*[6]), *Girma*[7]) je einen, von *A. Voisin*[8]) zwei Fälle — also noch sieben Fälle im Ganzen. Die Genesung soll erfolgt sei, einmal nach einem Typhus *(Fiedler)*, einmal nach Scarlat. haemorrhag. *(Seifert)*, einmal nach Kopf- und Gesichtsrose *(Macload)*, einmal nach Cauterien im Nacken *(Voisin)*, ein anderes Mal nach kalten Bädern (Derselbe) und einmal nach Ergotin-Behandlung *(Girma)*. Die Beobachtungsdauer nach der Genesung ist nicht in allen Fällen angegeben; sie schwankt von $^1/_2$ Jahr bis zu 4 Jahren.

Wenn ich natürlich die Richtigkeit der Diagnose auf allgemeine Paralyse in allen diesen Fällen voraussetze, so kann ich doch hinsichtlich der Vollständigkeit und Ständhaltigkeit der Genesung gewisse Bedenken nicht unterdrücken, so lange nicht die

---

[1]) Diese Zeitschr. 1882. 36, 706sqq.
[2]) Ebendas. 38, 302.
[3]) Deutsche medic. Wochenschrift 1880. 8.
[4]) ibid. No. 13 (bis auf geringe Abnahme des Gedächtnisses).
[5]) Journ. of ment. sc. 1879. 25, 195.
[6]) Neurol. Centr.-Blatt 1883. 13.
[7]) l'Encéphale 1884. 160.
[8]) Annal. méd. psych. 1882. 8, 287.

Digitized by Google

Dauerhaftigkeit für eine längere Reihe von Jahren bezeugt werden kann. *Oebeke* hat damals einen dreijährigen Zeitraum der Gesundheit als für die Sicherung wirklich erfolgter Genesung als wünschenswerth bezeichnet; nach meinen Erfahrungen möchte ich denselben noch länger ausgedehnt wissen [1]).

Jedenfalls scheint mir bei der Annahme einer Genesung die höchste Vorsicht geboten und namentlich. da die körperlichen Lähmungssymptome am ehesten zu schwinden pflegen, die genaueste Beachtung der leisen etwaigen psychischen Veränderungen (Beeinträchtigung der geistigen Leistungsfähigkeit und eine gewisse Gemüthsweichheit) rathsam, und möchte ich überhaupt den obigen Wunsch wiederholen, dass womöglich von den betreffenden Autoren, welche Genesungen von Paralyse veröffentlicht haben, eine nachträgliche Revision ihrer Beobachtungen vorgenommen würde. —

Zu meiner eigenen Beobachtung sind erst innerhalb der letzten drei Jahre wieder zwei Fälle von Geistesstörung gekommen, deren Anfangsstadium und weitere Entwicklung dem Krankheitsbilde der allgemeinen Paralyse entsprachen, in denen eine anscheinende Genesung eingetreten ist; ich sage „anscheinende", weil die Beobachtungsfrist noch nicht genügt und weil ich deshalb noch Anstand nehme, sie als wirkliche Genesungen zu bezeichnen. Immerhin aber wünsche ich dieselben der Beurtheilung der Fachgenossen kurz hiermit vorzulegen und gedenke über den Ausgang der Fälle s. Z. wieder zu berichten:

1. N. N., Kaufm., verh., 42 J. alt, stammt von hochbetagt (82 resp. 76 J. alt) verstorbenen gesunden Eltern; der Vater heftig, ein Bruder sehr auffallend, albern. Gute Entwicklung und Begabung, Besuch einer höheren Bürgerschule, sehr fleissig. Zu Heftigkeit und Lachanfällen geneigt, in der Confirmationszeit aufgeregt, religiös exaltirt, betet ganze Nächte; vor der Militairaushebung sehr ängstlich, wird nicht als tauglich befunden. Heirath mit 27 Jahren, 5 Kinder, mit einer braven, einfachen, aber energielosen Frau, fühlt sich im ehelichen Verhältnisse nicht recht befriedigt. Im Geschäft sehr eifrig, aber etwas hastig, stets auf Reisen, besonders in Frankreich, thätig; immer zu Redseligkeit und Prahlereien geneigt, übrigens knauserig. Nach anstrengenden Reisen vor 6 und vor 3 Jahren kurz dauernde

[1]) Die bekannten Remissionen in der Paralyse betrachtet *Baillarger* (Annal. méd. psych. 1883. X. 36) übrigens von seinem pathol. Standpunkt aus nur als Heilungen seiner Folie paralytique mit zurückbleibender Demenz, also scheint er wirkliche Remission gar nicht anzuerkennen.

Digitized by Google

Erschöpfungszustände, geistig und körperlich; seit mehreren Jahren leicht gestörter Schlaf. Reden in den Nächten von seinen Geschäften, in französischer Sprache. — Geistigen Getränken und Wirthshausbesuch nicht abhold; im Herbst 1882 erhält er bei einem Streit im Wirthshaus einen heftigen Schlag auf den Kopf (von dem er später den Anfang seiner Erkrankung datirt). Seitdem verändert sich allmälig sein Wesen; er wird verschwenderisch, trinkt in Gesellschaft viel, streitsüchtig, sucht leichte Gesellschaft auf seinen Reisen, gibt sich mit Weibern ab, zeigt Abneigung gegen seine Frau; grosse Unstetigkeit, macht allerhand ungewohnte Pläne in seinem Geschäftsbetrieb, gewagte Unternehmungen, Uebernahme finanzieller Verpflichtungen über seine Mittel hinaus, zuletzt Ankauf von Häusern in einer französischen Stadt, Plan ein Café chantant und eine Brauerei zu errichten. Vom März 1883 ab wiederholte Anfälle von Nausea, plötzliches Umfallen, Abnahme der Esslust, träger Stuhl und volle Schlaflosigkeit. Von einer Vergnügungsreise, auf er durch Unruhe, Zechen und Schlaflosigkeit in hohem Grade auffällig wird, Anfang Juli 1883 in die Irrenanstalt gebracht.

Pat., 159 cm lang, Gewicht 117 Pfd., zeigt: atheromatöse Stirnarterien, leichten, habituellen Strabismus diverg. sin., weite Pupillen, die rechte weiter, linke Gesichtshälfte schlaffer, Sprache oft anstossend, Zunge zitternd; zittrige Handschrift mit Auslassungen, Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen; Puls ſ16, Herz normal, kräftig; Esslust sehr gering, Stuhl träge, Schlaf sehr unvollkommen, in den Nächten häufig schmerzhafte Empfindungen in Rücken und Beinen, keine Sensibilitätsstörung, Kniephänomen fehlt; in den ersten Tagen ein Anfall von Schwindel. Am Penis eine oberflächliche Erosion ohne Drüsenanschwellung; dieselbe wird nach fortgesetzter Misshandlung durch den Pat. im August gereizt, der Grund verhärtet sich, Inguinal- und Halsdrüsen etwas geschwellt, auf den Mandeln geringe Röthung und leichte Erosion, über Nacken und Rumpf leichte Roseola. Pat. befindet sich in steter motorischer Erregung, zerstört öfters Gegenstände, schreibt viele Briefe und Telegramme: seine Reden abspringend, öfters völlig ideenflüchtig, die Stimmung sehr wechselnd. Bald sehr glückselig, renommirt mit seinen Kenntnissen und Fähigkeiten, mit dem Besitz von Millionen, unterhält sich mit der Sonne, verlobt sich mit ihr, glaubt durch deren Kraft überallhin wirken zu können, erhält durch sie Telegramme; bald gedrückt, ängstlich, furchtsam, glaubt sich verfolgt, fürchtet Vergiftung, Ermordung, fühlt sich magnetisirt, verspürt elektrische Schläge vom Rücken in die Beine, Streckungen etc., gibt sich manchmal für todt aus, bleibt dann halbe Tage stumm und mit geschlossenen Augen im Bette liegen; bald wieder überschwenglich zufrieden, lobt Alles, äusserst zärtlich gegen seine Umgebung, dann wieder erregt, verkennt die Umgebung, hält den Wärter für seinen Vater, hört zeitweise Geräusch und Stimmen von aussen. Ueber seine Frau äussert er sich dauernd sagt sich von ihr los, beschuldigt sie der Untreue, schon vor der [illegible] Hasses und der Intrigue gegen ihn, der Trunksucht und will v[illegible] Kindern nur eines als sein eigenes anerkennen. Unter diesem jähe[illegible]

Digitized by Google

von stunden-, meistens auch tagelanger Dauer besteht der Krankheitszustand 4 Monate lang; die Esslust und Verdauung regeln sich, der Puls wird allmälig langsamer, der Schlaf regelmässiger, die Sprache freier, die Ernährung bleibt noch unverändert (Juni Ende 108, Sept. Ende 110 Pfd.). Vom Nov. an wird Pat. etwas ruhiger, bleibt aber ebenso verwirrt, im Dec. dann klarer, dringt aber sofort auf Entlassung, die Wahnideen schwinden; er erkennt seine Krankheit theilweise an, glaubt sie aber hier gemacht und hält seine Anklagen gegen seine Frau aufrecht; die Handschrift jetzt ohne Auslassungen. Im Januar 1884 schreitet die Klarheit voran; nothwendige geschäftliche Berathungen mit seinem Geschäftsführer führt er sachgemäss, verschafft sich eine volle Einsicht in seine verwickelte Geschäftslage, offenbart in Bezug auf seine verkehrten Dispositionen vor der Erkrankung ein durchaus richtiges Urtheil; gegen seine Frau bei deren Besuchen anfangs abweisend, dann allmälig freundlich, verliert aber ein gewisses Misstrauen nicht ganz. Eine Erkrankung des Kopfes gibt er jetzt zu, zeigt treues Gedächtniss für alle Vorkommnisse vor derselben, aber nur undeutliches Bewusstsein für die Krankheit selbst; im übrigen unanstössiges Verhalten, verlangt (der Ersparung wegen) selbst in eine niedere Verpflegungsclasse versetzt zu werden. Mit Hebung der Ernährung (Dec. 121, Jan. 125 Pfd.) ist ein normales Wohlseinsgefühl eingetreten, die Lähmungserscheinungen im Gesicht, Puls und Sprache, die abnormen Sensationen geschwunden, nur die Handschrift bleibt etwas zittrig; in der linken Mandel und am Penis weiche Narben. Bei der drohenden Gefahr einer Curatelbestellung und der Willensschwäche der Ehefrau erfolgt die Entlassung schon im Febr. 1884 unter der Bezeichnung als „gebessert". Die über ihn jüngst von seinem Hausarzte eingezogenen Erkundigungen lauten dahin, dass er sein Geschäft und seine Reisen wieder wie früher betreibt, aber mit viel grösserer Vorsicht und dass sein Gemüthszustand ein viel glücklicherer und zufriedener als früher sei; er äussere oft, wenn er nur das Jahr 1883 aus seinem Leben streichen könne. Genauere Details über sein psychisches Leben habe ich noch nicht erfahren können.

Ich habe diesen Fall, den wir nach 6wöchentlicher Beobachtung als allgem. Paralyse zu registriren uns veranlasst fanden, da die gewöhnlichen körperlichen Lähmungssymptome sämmtlich vorhanden waren und phantastischer Grössenwahn mit Verwirrtheit nicht fehlte, näher skizzirt, weil mir im späteren Verlaufe Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose aufgestiegen sind. Sie gründeten sich ausser auf den Verlauf selbst (Mangel eines dauernden tiefen intellectuellen Verfalls und des progressiven Charakters) auf die auch auf der Höhe der Krankheit bemerkbare eigenthümliche Mischung des Grössendelirs mit dem Beeinträchtigungswahn, in denen be-

Digitized by Google

sonders das Misstrauen und die Wahnvorstellungen die Frau betrafen, und ich möchte es auch jetzt noch unentschieden lassen, ob es sich um wahre Paralyse oder um die alkoholistische Form derselben gehandelt habe, obgleich eigentliche Excesse in Alkohol sich erst in den Vorboten der Erkrankung einfanden.

2. N. N., Beamter a. D., 57 J., verw., ohne erbliche Anlage, Sohn eines Zimmermeisters; gute Schulbildung in den Elementarfächern; tritt 1845 in's Militair ein, dient bis zum Sergeanten 1856; als Schreiber auf Generalcommando-Bureau u. a. O. beschäftigt, wird seiner Gewandtheit wegen sehr belobt; solider Lebenswandel. Nach dem Austritt aus dem Militair wird er Bureauschreiber, nach 4 Jahren Kreissecretair, in allen dienstlichen Stellungen stets gelobt. Seine Frau, von der ein Sohn noch lebt, verlor er 1874; verlobt sich später mit einem jungen Mädchen, das er auf seine Kosten hatte erziehen lassen. In der Mitte der 70ger Jahre liess er sich durch Rücksicht auf Bekannte verleiten, behufs Befreiung vom Militairdienst ihm amtlich unterstellte Listen zu fälschen; gewinnsüchtige Absicht konnte ihm dabei nicht nachgewiesen werden; er wurde aber wegen Urkundenfälschung unter Annahme mildernder Umstände vom Schwurgericht am 22. Octob. 1878 zu 5 Jahren Gefängniss und wegen Bruch des Amtsgeheimnisses vom Landgericht am 7. Aug. 1880 zu 1 Monat Gefängniss verurtheilt. Vor der Verhaftung brachte er sich eine schwere Schussverletzung in der Brust bei, nachdem er seiner Braut den Verlobungsring zurückgesandt hatte. In der Strafhaft, welche er sofort antrat, wechselte er nach Jahr und Tag auf seinen Wunsch das Gefängniss, weil er in ersterem auf confessionelle Seelsorge verzichten müsste. Während der Haftzeit bewies er eine tadellose Führung, stand in lebhafter Correspondenz mit seiner Braut, seinem Sohne und Schwager und wurde als Schreiber beschäftigt. Als solcher sehr fleissig und brauchbar genoss er mancher Bevorzugung und im Anfang des Jahres 1882 wurde wegen seiner guten Haltung ein Gnadengesuch für ihn vom Director eingereicht. Im letzten Winter arbeitete er besonders stark, manchmal sogar in der Nacht mit Hülfe von Cafe und starken Liqueuren. Nach der Einreichung des Gnadengesuchs gerieth er in gemüthliche Erregung, der Schlaf wurde unregelmässig. (Gebrauch von Chloralhydrat vergeblich), der Fleiss bei der Arbeit geringer. Die Aufregung steigerte sich gegen Ende Mai 1883 so, dass er isolirt werden musste. Nachdem ihm am 6. Juni die unerwartete Ablehnung des Gnadengesuchs mitgetheilt worden, erfolgte bald darauf ein Ausbruch von Tobsucht mit Ideenflucht, gesteigertem Bewegungsdrang, grosser Euphorie, Wahn grossen Besitzes, erotischer Erregung und völliger Schlaflosigkeit. Ende Juni 1882 in die Anstalt versetzt, zeigt er bei der Aufnahme und in den ersten Wochen folgende Erscheinung
wicht 110 Pfd., bleiches Aussehen und Schleimhäute, rigide Stirn- ur
arterien, linke Pupille weiter (habituell links kurzsichtiger), linke

Digitized by Google

hälfte schlaffer, Zunge zitternd, weicht nach rechts ab, Sprache öfter anstossend, Beben der Gesichtsmuskeln, besonders rechts; auf Sternum 3 längliche Narben, Herzdämpfung nach rechts verbreitert, erster Spitzenton blasend, zweiter Pulmonalton verstärkt, Puls härtlich, beschleunigt bis zu 112 Schlägen; Schlaf unruhig; Hände zittern, Kniephänomen erhalten, Gang und Stehen sicher. Der Pat. ist in fortwährender Ideenflucht und Bewegung, spricht viel für sich, tritt sehr anspruchvoll auf, verlangt stets zum Kaiser zu fahren, mit dem er auf nahem Fusse stehe, nennt sich Fürst seines Heimathsortes, besitzt Millionen, sammelt Steine als Diamanten, gibt sich für verheirathet aus, der Kaiser sei bei seiner Trauung zugegen gewesen, hört Stimmen, namentlich eines Freundes, der eine hohe Stellung habe, ihn und seine Frau verjüngen wolle etc. Er sei ohne jede Schuld verurtheilt, im Gefängniss durch den Director mittelst Chloroform krank gemacht worden. Anfang Juli Erysipel des linken Ohrs und der linken Wange, ohne Fieber; Ende Juli (Gewicht 106 Pfd.) Bruch der linken Clavicula in einem Streit mit einem anderen Kranken; dabei sehr ungeduldig, duldet keinen Verband (Heilung erfolgt spontan). Im Affecte traten ungemein starke Sprachhemmungen ein, wie er sagt, auf Befehl seines Freundes; aber auch im ruhigeren Zustande findet ein Anstossen statt, besonders bei Worten, die mit einem Consonanten anfangen. Im August wird er äusserlich ruhiger, aber die Euphorie dauert fort und mannigfache Wahnideen von grossen Erfindungen (von einem Pulver, das nicht knallt, von einer grossen Hamsterfalle für Landgüter etc.), durch die er grosse Schätze erwerben will, beschäftigen ihn. Bei zunehmender Ruhe und Ernährung (Gew. Sept. 109, Dec. 124 Pfd.) bleibt in den nächsten Monaten die Stimmung noch eine sehr gehobene, nur jede Krankheitseinsicht fehlt. Im Jan. 1883 tritt zuerst ein Gefühl von der schweren Beweglichkeit seiner Zunge und von einer gewissen Gedächtnisschwäche auf. Vom Ende März an (Gewicht 135 Pfd.) wird er mit leichten Bureauarbeiten beschäftigt; er wird schweigsam, die Sprachstörung hat sich verloren, aber noch bleibt er ohne Einsicht und hält an den Wahnideen grosser Erfindungen fest und ist in seinem Briefwechsel überschwenglich. Vom Juni bis zum October zeigt sich, wohl mit unter dem Einflusse gastrischer fieberloser Beschwerden mit Neigung zu Durchfällen, eine deprimirte Stimmung und öftere Grobheit und Heftigkeit gegen die Umgebung. Vom October an (Gewicht 137 Pfd.) wird Pat. klarer, gibt seine Krankheit zu, will von seinen Erfindungen nichts mehr wissen, spricht sich über die Veranlassungen (besonders angestrengte Schreiberarbeit und lebhafte Hoffnung auf Begnadigung) ganz richtig aus, zeigt ein sehr genaues Gedächtniss, würdigt seine Lage angemessen und bittet um fernere Beschäftigung in der Anstalt bei seiner Entlassung nach beendeter Strafzeit (Nov. 1883). Versuchsweise wird ihm solche wegen seiner gesetzten, soliden Haltung und seiner Leistungsfähigkeit gewährt; Pat. verlässt die Anstalt, wohnt ausserhalb derselben, knüpft die stets erhaltenen Beziehungen zu seiner Braut wieder fester und verehlicht sich mit ihr Anfang 1884. Lebt seitdem in glücklicher Ehe (Frau 1 Abortus) recht häuslich, still und zurückgezogen

Digitized by Google

und versieht seine nicht uncomplicirten Geschäfte als Secretair mit Umsicht und Gewandheit, glaubt selbst arbeitsfähiger als vor 7—8 Jahren geworden zu sein und erfreut sich einer ungestörten Gesundheit, trägt sich auch keineswegs mit unangemessenen Plänen für die Zukunft.

In diesem Falle glaube ich zu der Diagnose einer Paralyse mich noch berechtigter als im vorigen; der Verlauf zeigte eine rasche Steigerung in den ersten 3 Monaten, der Nachlass erfolgte dagegen nur sehr allmälig; auch an einem Depressionsstadium in der Genesung hat es nicht gefehlt. Die Wiederkehr der intellectuellen Krise geschah nur sehr schrittweise, aber schliesslich vollständig; Einsicht und Erinnerung an die Krankheitsvorgänge sind in ungewohnter Weise vorhanden. Indessen ist auch hier die Frist seit Entlassung in die Freiheit (jetzt fast 2 Jahre) noch eine zu kurze, um sich fester Hoffnung hingeben zu können[1]).

II.

Ich habe in dem gedachten Aufsatze auch eine besondere Erscheinungsform paralytischer Geistesstörung zu schildern gesucht und einige Fälle derselben mitgetheilt. Die damals von mir als Pseudoparalysis e potu nach *Fr. Hoffmann* benannte Form ist in den Lehrbüchern von *Schüle* und *v. Krafft-Ebing* als alkoholistische Paralyse bezeichnet worden. Der erstere[2]) betrachtet sie als modificirte Form der allgemeinen Paralyse auf alkoholistischer Basis, der andere[3]) als Ausgang des Alcoholismus chron. in Dementia paralyt. Nachdem ich seither eine grössere Reihe ähnlicher Fälle beobachtet habe, möchte ich mich der ersteren Auffassung anschliessen und den Krankheitsprocess als eigenartige Verlaufsform der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern bezeichnen, in den letzten Jahren ist diese Form auch mehrfach von französischen Autoren besprochen worden; *Moreaux* hat 1881 zuerst eine These über den Verlauf der allgemeinen Paralyse bei Alkoholikern mit zahlreichen Beobachtungen veröffentlicht; *Camuset*[4]) nimmt eine alkoholische Pseudoparalyse an, unter Anführung von Fällen und

[1]) Die anwesenden Collegen glaubten beide vorgetragene Fälle unbedenklich zur allgemeinen fortschreitenden Pralyse rechnen zu dürfen.

[2]) Handbuch der Geisteskrankheiten, 2. Aufl. S. 319.

[3]) Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. p. 349.

[4]) Annal. méd. psych. 1883, IX, 201.

Digitized by Google

unterscheidet sie von der wahren allgemeinen Paralyse durch die vorherigen Intoxicationssymptome, den nur vorübergehenden Charakter der Lähmungserscheinungen, den ausnahmslosen (?) Grössenwahn und den günstigeren Verlauf. *Baillarger*[1]) spricht sich ebenfalls für die Existenz einer allgemeinen alkoholischen Pseudoparalyse aus (remittirende Form, Ausgänge in Genesung, auch in Blödsinn und Tod, aber ohne den nach ihm charakteristischen Befund für allgemeine Paralyse der chronischen Periencephalitis).

Auf meine Veranlassung hat *Doerr* auf Grund von neuen Beobachtungen in der Bonner Irrenanstalt eine Dissertation[2]) über diese Form verfasst; seine Untersuchungen und Beobachtungen weichen nur in einigen Punkten von der früheren Schilderung ab, bestätigen sonst im Wesentlichen die 1870 von mir angeführten Hauptcriterien jener Erscheinungsform. Sie lassen sich dahin zusammenfassen, dass bei Gewohnheitstrinkern, gewöhnlich nach einem Vorbotenstadium, dessen Symptome sich von denen der typischen Paralyse nicht unterscheiden, manchmal auch plötzlich, ein Krankheitsbild auftritt, welches mehr durch die Gesammtheit der motorischen der Paralyse eigenen Störungen[3]), als durch die psychischen (Grössenwahn weniger ausschweifend, oft nur grosse Verwirrtheit und Benommenheit, geringerer geistiger Zerfall) an die allgemeine Paralyse erinnert; die Sinnestäuschungen, besonders des Gesichts, tragen einen ängstlichen schreckhaften Charakter. Dieses Bild dauert aber nur kurze Zeit (Monate, Wochen, oft auch nur Tage), die motorischen Symptome verlieren zuerst und bald ihre Intensität, die psychischen blassen langsamer ab; es fehlt der fortschreitende Charakter, die Remissionen treten rascher ein, sind vollständiger und dauerhafter als bei der gewöhnlichen Paralyse; der Verlauf geschieht ohne die tiefe intellectuelle Schädigung der Paralytiker, der Ausgang in Besserung (geistige Schwächung mit

---

[1]) ibid. 1883, X, 29.

[2]) *T. Doerr*, über die eigenartige Form der paralyt. Geistesstörung bei Alkoholikern. Bonn, 1883.

[3]) Gegenüber der Ansicht von *Weiss* (Compendium der Psychiatrie 1881), dass dieser Form die für die Paralyse so charakteristischen epileptiformen Anfälle vollständig fehlten, kann ich mich sowohl auf andere Beobachter, z. B. *Krafft-Ebing*, *Moreaux*, als auf meine vielfachen eigenen Beobachtungen berufen.

Digitized by Google

Exaltation) nicht selten, selbst in Genesung zuweilen. Bei wiederholten Anfällen entwickelt sich schliesslich Blödsinn mit der Wiederkehr schwerer Lähmungssymptome, und der Krankheitsprocess endet unter allmäligem Verschwinden der früheren unterscheidenden Merkmale, in der bekannten Weise der Dementia paralytica. Dass in diesen Fällen der von verschiedener Seite[1]) behauptete Unterschied im Leichenbefunde noch wahrzunehmen ist, nämlich das Fehlen der Zeichen der Perimeningo-encephalitis, kann ich nach wiederholter Untersuchung von verstorbenen alkoholischen Paralytikern nicht bestätigen; es fand sich in diesen Fällen diese bei den Paralytikern gewöhnliche Erkrankung der Hirnrinde neben dem besonders dem Alkoholismus zugeschriebenen Gefässveränderungen, den serösen Ausschwitzungen und der regressiven Metamorphose der Marksubstanz.

Ich glaube dieser kurzen Ausführung ausdrücklich zur Vermeidung von Missverständnissen beifügen zu müssen, dass ich natürlich die fundamentalen Unterschiede des Alcoholismus chron. von der progressiven allgemeinen Paralyse vollkommen anerkenne und keineswegs etwa den Ausgang des ersteren in Dementia paral. für den gewöhnlichen halte; durch meine Beobachtungen wollte ich nur feststellen, dass die paralytische Geistesstörung, wenn sie auf dem Boden alkoholistischer Disposition erscheint, eine eigenartige Modification erleidet und erinnere in dieser Hinsicht an die bekannten Beispiele andrer psychischer Krankheitsformen, die durch ätiologische Einflüsse ebenfalls eine eigenartige Färbung erfahren, wie die geistigen Erkrankungen bei Wöchnerinnen, Onanisten, Hysterischen, Sträflingen.

III.

Mit wenigen Worten berühre ich noch die Frage des Verhältnisses der Syphilis zur Paralyse, welche in den letzten Jahren vielfach besprochen worden ist. Es sind vor allem zahlreiche statistische Angaben in dieser Hinsicht veröffentlicht worden; *Eickholdt*[2]) hat sie neuerdings zusammengestellt und für die Grafenberger Anstalt mitgetheilt, dass sich dort, wie früher

[1]) *Baillarger*, a. a. O.; *Wille*, allg. Wiener medicin[illegible] 1883, 43.

[2]) Diese Zeitschr. Band 41.

Digitized by Google

schon *Ripping*[1]) für die Anstalt zu Düren gefunden, bei 12 pCt. der Paralytiker vorausgegangene Syphilis constatiren lasse. Da indessen noch kürzlich von *Wille*[2]) die Ansicht geäussert worden, dass Syphilis in 40—50 pCt. der Fälle der allgemeinen Paralyse vorausgehe und auch auf dem internationalen medicinischen Congress in Kopenhagen im vorigen Jahr *Rohmell*[3]) behauptet hat, dass syphilitische Ansteckung nach den skandinavischen Erfahrungen bei der Mehrzahl der Paralytiker der Erkrankung vorausgehe, so halte ich es doch für angezeigt, ebenfalls aus meinen, auf die Gesammtsumme von 2725 Geistesgestörten sich erstreckenden Beobachtungen der letzten 11 Jahre (in den Anstalten zu Siegburg 1874—76), Andernach (1876—81) und Bonn (1882 bis 84) kurz das Ergebniss zu berichten. — Unter den in Siegburg während des genannten Zeitraums aufgenommenen Geistesstörungen aller Formen (1081) befanden sich 87 Paralytiker; bei diesen konnte mit Sicherheit in 6 Fällen vorausgegangene Syphilis festgestellt werden; unter den (994) nicht paralytischen Kranken ebenfalls bei 6 Kranken. — In Andernach wurden von der Gesammtaufnahme (735) als Paralytiker 56 bezeichnet, von denselben 20 mit vorausgegangener Infection; unter den 579 Nichtparalytikern war frühere Syphilis 9 Mal festzustellen. — In Bonn bis Ende 1884 1009 Aufnahmen (excl. 28 schon unter den Andernacher Kranken berechneter, nach Bonn übergeführter Fälle), darunter Paralytiker 74, davon mit früherer Infection 16, Nichtparalytiker 935, davon früher inficirt 38. — Die Procentzahlen in den drei Anstalten stellen sich zwar etwas verschieden; Werth möchte ich darauf wegen der nur kleinen Zahlen aber nicht legen, und da alle drei Anstalten der Rheinprovinz angehören, so gebe ich besser das Gesammtresultat. Darnach ist Syphilis früher vorausgegangen:

bei 217 Paralytikern in 42 Fällen, also 19,3 pCt.

bei 2508 nicht paralytischen Irren in 53 Fällen, also 2,1 pCt.

Diese Zahlen nähern sich z. Th. mehr den jüngst von *Reinhardt*[4]) für Hamburg aus einem Material von 2090 Geisteskranken

---

[1]) ibid. Band 37.

[2]) Die fortschreitende Paralyse etc., S. 4, 1884.

[3]) Annal. méd. psych. 1885, I, 15.

[4]) S. diese Zeitschr. Band 41, 548.

Digitized by Google

erhobenen (bei Nichtparalytikern Syphilis vorausgegangen in 5,9 pCt., bei Paralytikern in 22,4 pCt).

Dass die Ursachen der Paralyse aber fast ausnahmslos in anderen deutlich hervortretenden Noxen mit Sicherheit zu vermuthen waren, glaube ich ebensowohl bemerken zu müssen, als dass nur in 2 Fällen das Auftreten syphilitischer Erscheinungen einen resp. fünf Monate vor der Aufnahme der Kranken in die Anstalt erfolgte, die Infection beide Male aber fast schon in den Beginn der Krankheit fiel. Von den übrigen 40 Fällen blieb der Zeitpunkt der Infection unsicher in 13 Fällen, bei 9 war er vor 4—10 Jahren vor dem Ausbruche der Paralyse zu constatiren, bei 15 vor 11—20, bei 3 vor 20—27 Jahren. Nur in einem Falle, wo die Infection vor 14 Jahren stattfand, trat 6 Jahre später ein Syphiloid auf; bei sämmtlichen andern ist ein Erscheinen secundärer oder tertiärer Symptome in der Zwischenzeit nicht aufzufinden. — Für die Würdigung einer Vergleichung zwischen Paralytikern und anderen Formen von Geistesstörung glaube ich übrigens darauf aufmerksam machen zu sollen, dass die Erkundung einer früheren Infection bei den Paralytikern, die bekanntlich in der eigenen Aufklärung ihrer Vergangenheit sehr offenherzig zu sein pflegen, bei weitem weniger Schwierigkeit verursacht als bei anderen Irren, die über ihre Geschichte eher zurückhaltend sind, und dass die Nachforschung nach vorausgegangener Ansteckung bei Paralytikern auch wohl von ärztlicher Seite wie von den Angehörigen mit viel grösserer Achtsamkeit betrieben wird. So dürften Fehlerquellen hinsichtlich der statistischen Vergleichung sehr nahe liegen und die Zahl der nicht paralytischen Kranken, welche einmal inficirt gewesen, in Wirklichkeit eine beträchtlich höhere Chiffer erreichen, so dass der jetzt auffallend erscheinende Unterschied zwischen beiden Categorien sich mehr ausgleichen möchte [1]).

[1]) Uebrigens lauten die Angaben über vorausgegangene Syphilis aus den öffentlichen Irrenanstalten allgemein weit niedriger als aus den Privatanstalten, deren Bevölkerung wesentlich aus den höheren Gesellschaftsclassen stammt. Während z. B. in Wien 4,1 pCt. (s. *Obersteiner*, Wiener med. Wochenschr. 1883, 33), in Hildesheim 1 pCt., in Düren 3,2 pCt., in den dänischen Anstalten 2 pCt. aller Kranken als früher syph
werden, sind die Zahlen z. B. aus Endenich (*Oebeke*, Beri
1879) 10,0 pCt., Pankow (Berl. klin. Wochenschr. 1879, 3
berg (*Goldstein*, diese Zeitschr. 42, 257) 42 pCt., weit h

Digitized by Google

Ueber die Formen, an denen die früher syphilitisch gewesenen Nichtparalytiker gelitten haben, vermag ich zwar keinen ganz genauen statistischen Nachweis zu geben; soweit meine Aufzeichnungen aber gehen, muss ich die Angabe von *Ripping*[1]) bestätigen, dass bei denselben alle Formen von Geistesstörung mir in ziemlich gleicher Vertheilung vorgekommen sind. Ueberhaupt kann ich mich der dort gründlich motivirten Ansicht dieses Collegen über das ätiologische Verhältniss der Syphilis zur allgemeinen fortschreitenden Paralyse der Irren nur anschliessen und halte es für in hohem Grade gewagt, eine einmal im Leben vor 10, 20 oder noch mehr Jahren stattgehabte Infection, wenn die Zwischenzeit vor der geistigen Erkrankung sowohl von secundären syphilitischen Symptomen als von Erscheinungen gestörten Hirnlebens ganz frei gewesen ist, für die Entstehung der Paralyse verantwortlich machen zu wollen. Es steigert sich die Unwahrscheinlichkeit einer solchen Annahme, je mehr sich die Aeusserungen von Irrenärzten an grossen Anstalten, denen reiche Gelegenheit zu Sectionen von Paralytikern zu Gebote steht, häufen — ich verweise auf *Ripping* und neuerdings auf *Reinhardt*[2]), mit deren Erfahrungen die meinige ganz übereinstimmt —, welche in Hunderten von Sectionen keine charakteristischen Zeichen von Syphilis am Hirn und seinen Häuten haben finden können.

Dr. *W. Nasse*-Bonn.

---

[1]) a. a. O.

[2]) a. a. O. p. 552.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

53. ord. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. Juni 1885.

Anwesend sind die Herren *Benno*-Carlsfeld, *Edel*-Charlottenburg, *Falk*-Berlin, *Florschütz*-Charlottenburg, *Fraenkel*-Bernburg, *Guttstadt*-Berlin, *Ideler*-Dalldorf, *Jastrowitz*-Schöneberg, *Knecht*-Colditz, *Laehr* sen. u. jun.-Schweizerhof, *Liebert*-Charlottenburg, *Müller*-Blankenburg, *Sakaki*-Japan, *Vogelgesang*-Dalldorf, *Wendt*-Berlin.

Laehr sen. eröffnet die Sitzung um $3^1/_2$ Uhr mit der Ueberbringung von Grüssen der Kollegen, welche am heutigen Erscheinen verhindert sind, und wirft einen Rückblick auf das vergangene Geschäftsjahr; er fordert zur Neuwahl des Vorstandes auf. Per acclamationem wird der bisherige Vorstand wiedergewählt.

Tagesordnung:

Prof. *Mendel* ist verhindert, seinen angekündigten Vortrag über *Jackson*'sche Epilepsie und Psychose zu halten.

I. Dr. *Knecht*-Colditz: Ueber die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse.

In den letzten Jahren sind mir einige Fälle von Psychosen zur Beobachtung gekommen, die in ihrem Verlaufe bald das Bild einer progressiven Paralyse, bald wieder das einer Katatonie im Sinne *Kahlbaum*'s darboten. Und zwar liessen sich zwei Gruppen dieser Mischformen unterscheiden; bei der einen begann und verlief die Krankheit monatelang unter den Erscheinungen eines ausgesprochenen melancholischen Stupors, bis dann plötzlich eine rasch sich steigernde Paralyse auftrat, die das Leben des Kranken beendete.

Die andere Gruppe zeigte anfänglich die Symptome einer Paralyse, welche dann später von einer Katatonie abgelöst wurde, während deren Bestehens indess wiederholte paralytische Anfälle auftraten. Der Verlauf dieser Fälle war ein ungemein schleppender, in dem einzigen bisher abgelaufenen wurde der Tod durch eine intercurrente Krankheit herbeigeführt. In der Mehrzahl dieser Fälle war es erfahrenen Irrenärzten trotz längerer Anstaltsbeobachtung nicht gelungen, eine zutreffende Diagnose und Prognose zu stellen.

Digitized by Google

Da diese Mischformen ziemlich selten zu sein scheinen — mir selbst sind in einem grossen Beobachtungskreise im Laufe der Jahre nur einige wenige zu Gesicht gekommen — und weder in den mir zugänglichen Monographien über Paralyse und Katatonie, noch in den Lehrbüchern der Psychiatrie erwähnt werden, so möchte ich dieselben zur Mittheilung bringen, vielleicht lassen sich auf Grund anderweitiger ähnlicher Beobachtungen Momente auffinden, welche frühzeitiger als bisher eine richtige Beurtheilung derartiger Fälle ermöglichen.

Zur ersten Gruppe gehören nachstehende zwei Fälle.

1. K. R., geb 1845, Kaufmann. Der Kranke war erblich nicht belastet, sehr gut begabt, hatte eine sorgfältige Erziehung genossen und sich namentlich ausgebreitete Sprachkenntnisse erworben. In jüngeren Jahren hatte er einige Zeit in Südamerika verlebt, sich Anfang der 70er in einer grossen mitteldeutschen Stadt selbständig gemacht und bis 1880 sich in guten Verhältnissen befunden. Er hatte geordnet, nüchtern und in glücklicher Ehe gelebt. Im Herbst 1880 gerieth er in Concurs und gleichzeitig traten die ersten Symptome einer Aufregung in nächtlicher Unruhe und melancholischen Wahnideen hervor. Die Störung besserte sich binnen Kurzem soweit, dass der Kranke eine Stelle in Paris antreten konnte. Im Frühjahr 1881 kehrte jedoch die melancholische Aufregung in stärkerem Grade zurück: der Kranke beschuldigte sich aller möglichen Verbrechen, hatte Tag und Nacht keine Ruhe und zeigte sich schliesslich selbst bei der Polizei an. In's Krankenhaus gebracht, zeigte er Störungen des Gemeingefühls, glaubte namentlich verfault zu sein, verweigerte die Nahrung, sprach nicht, war unreinlich; so dass er im August 1881 einer öffentlichen Irrenanstalt übergeben wurde. Dort bot er das Bild eines hochgradigen Stupors dar, verhielt sich völlig starr und reactionslos, liess Alles unter sich und musste gefüttert werden, nahm aber trotzdem körperlich ab und bekam Oedem der Füsse. Neujahr 1882 erwachte er plötzlich aus dem Stupor, bekam Sprache, Beweglichkeit und Theilnahme für seine Umgebung wieder und erholte sich körperlich und geistig so gut, dass er im Juni 1882 anscheinend geheilt entlassen werden konnte.

Patient bekleidete nun wieder ein volles Jahr mit Erfolg eine kaufmännische Stellung. Im Spätsommer 1883 aber verfiel er geistig rasch, und im October brach Tobsucht mit maasslosen Grössenideen, begleitet von Störungen des Gemeingefühls (Pat. glaubte gestorben zu sein, keinen Kopf zu haben, in der Luft zu fliegen u. dergl.) aus, die ihn wieder in das Krankenhaus, und von da im December in hiesige Anstalt führte.

Bei der Aufnahme zeigte er schlaffe Haltung, unsicheren Gang, träge Reaction der mittelweiten Pupillen, Zittern der Zunge, paralytische Sprache, Ataxie der Beine bei stark ausgeprägten Sehnenreflexen und vollkommene Verwirrtheit mit unzusammenhängenden Grössenideen. In der folgenden Zeit wurde grosse Unreinlichkeit und eine ausserordentliche Lärmsucht bei ihm beobachtet: stundenlang wiederholte er einzelne Sätze, z. B. „es wird Alles

Digitized by Google

vergoldet" oder „versilbert" oder „vernickelt". Anderemale belegte er alle Begriffe mit einer Farbenbezeichnung, sprach tagelang von der „grünen Stube", der „grünen Suppe", der „grünen Anna" und wechselte dabei tageweise in der Farbe, indem er grau, oder schwarz substituirte. Manchmal wiederholte er auch stundenlang Sätze wie „tausend Vögel fliegen durch die Luft" und dergl.

Sein körperlicher Zustand hielt sich dabei leidlich, er konnte sich ziemlich frei bewegen und blieb bei guter Ernährung. Im März 1884 trat eine Serie rechtsseitiger clonischer Krämpfe auf, welche die ganze rechte Körperhälfte befielen, einigemale auch auf die linke mit übergriffen und mehrere Stunden währten, und denen mehrstündige Bewusstlosigkeit folgte. Am nächsten Tage zeigte er sich indess wieder so munter wie zuvor. Erst nach einem apoplectischen Insult im Juni, mit vorübergehender linksseitiger Parese verfielen die Kräfte, so dass er bald nicht mehr ohne Hilfe gehen konnte. Allmälig stellten sich Oedem der Füsse, Decubitus und subnormale Temperaturen ein, bis am 19. Juli der Tod ohne acute Erscheinungen erfolgte.

Die Section ergab eine frische Pachymeningitis haemorrhagica in der linken vorderen Schädelgrube, Hyperämie und ödematös-gallertige Infiltration der weichen Häute über den vorderen zwei Dritteln des Grosshirns ohne Verklebung mit der Hirnrinde; Atrophie der Windungen und Verschmälerung der Rindensubstanz; mässigen Hydrops der Ventrikel mit Granulirung des Ependyms. Endlich beiderseits hypostatische Infiltration der Lungen.

2. E. B., geb. 1847, Laternenwärter. Er stammt väterlicherseits aus einer Familie, in der Psychosen bei Vater und Grossvater vorgekommen waren, auch eine Schwester des Kranken litt an Geistesstörung. Patients selbst war gut befähigt, heiteren Temperaments und lebte geregelt in auskömmlichen Verhältnissen. Doch hatte er sich 1873 eine syphilitische Infection mit folgendem Exanthem zugezogen, welchem indess keine späteren Recidive folgten.

Die psychische Störung brach 1881 mit einer fünfwöchentlichen Erregung unter Verfolgungsideen aus. Bis Januar 1883 blieb er alsdann gesund und konnte seinem Berufe nachgehen. Damals verfiel er nach kurzen Prodromen in eine melancholische Erregung mit Nahrungsscheu und lebhaften Verfolgungsideen grotesker Art, indem er z. B. seine Wärter für Menschenfresser hielt und lebendig von ihnen verschlungen zu werden fürchtete. Daneben traten zeitweilig mehrstündige Anfälle von katatonischer Starre auf, die von Ende März 1883 ab sich zu einem dauernden Stupor gestalteten. Im Juni verlor sich derselbe, hinterliess aber psychische Schwächen mit erheblichen Gedächtnissdefecten. Indess konnte der Kranke von Juli bis Ende Dezember 1883 zu Haus weilen und sich auch etwas beschäftigen. Erst dann nahm der Blödsinn rasch zu und trat wieder Stupor auf, so dass er von neuem in das Krankenhaus kam. Dort bestand dieser katatonische Zustand fort

Digitized by Google

bis in den Juni 1884, wo derselbe von einer Tobsucht abgelöst wurde, in der jene grotesken Verfolgungsideen wieder hervortraten, daneben aber auch sich Zeichen des psychischen Verfalls geltend machten. Der Kranke sammelte, was in seine Hände kam, ass gierig, konnte sich nicht mehr zurechtfinden, war sexuell erregt und im höchsten Grade unreinlich.

Mit der Diagnose „circuläres Irresein mit Stupor" wurde er am 24. Juli 1884 der hiesigen Anstalt zugeführt. Bei der Aufnahme befand er sich in lebhafter motorischer Unruhe, delirirte in Grössen-Ideen, zeigte aber keine Lähmungserscheinungen, auch waren die Patellarreflexe erhalten. — Anfang August wurde bedeutende Erweiterung und Starre der linken Pupille beobachtet. Unruhe und Grössenideen bestanden fort. Patient bezeichnet sich als Graf, könne fremde Sprachen sprechen, und suchte dies zu beweisen, indem er nach Kinderart Silben sinnlos aneinanderreihte. Am 6. August wurde zuerst Zittern der Zunge und gestörte Sprache constatirt; die Pupillen waren bald beiderseits erweitert, bald nur links. Patient ging trotz guten Appetits in der Ernährung zurück. In den nächsten Tagen lief er, beständig in die Hände klatschend, im Kreise umher und wiederholte ununterbrochen stundenlang dieselben sinnlosen, aber tönenden Silbenanhäufungen. Die paralytische Sprachstörung und das Zittern der Zunge nahmen rasch zu. Am 23. August stellten sich Durchfälle ein, zu denen sich am 25. Fieber gesellte. Am 27. früh lag der Kranke bewusstlos da mit Verziehung des Gesichts und Drehung des Kopfes nach rechts, sowie Contractur des rechten Ellenbogens. T. 40,5, Puls klein und sehr frequent. Nachm. 2 Uhr Tod ohne Rückkehr des Bewusstseins.

Die Autopsie ergab über der Convexität beider Hemisphären des Grosshirns feine nicht ganz frische pachymeningitische Schwarten, in der rechten mittleren Schädelgrube eine ausgedehnte frische hämorrhagische Auflagerung. Die weichen Häute waren getrübt, verdickt und ödematös und mit Hirnrinde fest verklebt. Hirnrinde von mittlerer Breite, links sehr blass. Das Ependym der Seitenventrikel zeigte Granulirung. Ausserdem fand sich eine frische eiterige Peritonitis.

Dass bei beiden Kranken das terminale Krankheitsbild als eine progressive Paralyse zu betrachten ist, wird auf Grund der klinischen Beobachtung und nach dem Ergebniss der Autopsie keinem Zweifel begegnen. Fraglich könnte es nur sein, ob dieselbe als eine neue Erkrankung anzusehen ist oder ob die verschiedenen Anfälle psychischer Erkrankung als aufeinanderfolgende Stadien desselben Processes aufgefasst werden dürfen. Im zweiten Falle ist die Zusammengehörigkeit der einzelnen Krankheitsstufen bei genauerer Betrachtung nicht zu verkennen. Es handelt sich hier, abgesehen von dem ersten Erregungsanfall im Jahre 1881, um einen zusammenhängenden, durch keine Intermission unterbrochenen und zu einem progressiven geistigen Verfalle führenden Process, dessen Endstadium alle charakterischen Symptome der Paralyse darbietet.

Weniger deutlich ist der Zusammenhang zwischen den einzelnen Krank-

Digitized by Google

beitsphasen im ersten Falle ausgesprochen; bei seiner grossen Aehnlichkeit mit dem zweiten stehe ich indess nicht an, auch hier, trotz der längeren Intermission, den gesammten Krankheitsverlauf als durch denselben pathologischen Process bedingt anzusehen. In beiden Fällen beginnt die Krankheit mit einer kurzen Erregung unter melancholischen Wahnideen, auf welche eine längere, anscheinend vollständige Intermission folgt. Dann tritt von neuem Erkrankung an Melancholie mit tiefem Stupor auf, der nach längerem Bestand sich rasch bessert, wie bei der typischen Form von Katatonie, und im ersten Falle zu einer für Genesung gehaltenen Intermission führt, im zweiten deutlichen Schwachsinn hinterlässt. Berücksichtigt man indess den hohen Bildungsgrad des ersten Kranken, so ist es wohl denkbar, dass hier die vorhandenen Defecte der Beobachtung entgingen, während sie bei dem niederen Bildungsgrade des zweiten Kranken deutlich in die Augen sprangen. Endlich bricht der geistige und körperliche Verfall unter den charakteristischen Erscheinungen der fortgeschrittenen Paralyse herein und führt in wenigen Monaten zum tödtlichen Ausgang.

Der Krankheitsverlauf bietet somit in beiden Fällen eine successive Steigerung der Symptome dar, die den inneren Zusammenhang der einzelnen Phasen und ihre Abhängigkeit von demselben Krankheitsprocess beweist.

Interessant ist es, wie bei beiden Kranken auch noch in dem letzten Stadium der ausgesprochenen Paralyse Reminiscenzen an die Erscheinungen der Katatonie im Sinne *Kahlbaum's* auftreten; ich erinnere an die fortgesetzte Wiederholung tönender Wortreihen bei beiden und an das im Kreise umherlaufen des zweiten Kranken.

Finden sich nun in den mitgetheilten Krankengeschichten Momente, welche auf den schliesslichen Ausgang bereits in einem früheren Stadium hinwiesen?

Ich glaube, man muss — soweit wenigstens die Ergebnisse der Beobachtung des früheren Krankheitsverlaufs vorliegen — diese Frage verneinen, wenn auch im ersten Falle die tiefe Störung des Gemeingefühls, auf welche der Wahn, verfault zu sein, keinen Kopf zu haben u. dergl., hindeutet, im zweiten Falle der groteske Inhalt der Angstgefühle, die Furcht lebendig verzehrt zu werden, auf eine bedeutende Störung der Gehirnfunctionen schliessen lassen.

Die beiden nun folgenden Krankengeschichten betreffen Fälle der zweiten Gruppe; bei denen die Erkrankung mit Symptomen der Paralyse begann, später aber die Form einer typischen Katatonie, wenn auch mit intercurrenten paralytischen Anfällen annahm.

1. M., geb. 1849, stammte von einem trunksüchtigen und mehrfach criminell bestraften Vater. Patient selbst trägt verschiedene Degenerationszeichen an sich: Flache Ohren und einen Schaltzahn zwischen beiden oberen linken Schneidezähnen. Er ist mangelhaft erzogen und kam schon bald nach der Schulzeit mit den Gesetzen in Conflict. Infolge Diebstahls wurde er schliesslich zu Zuchthausstrafe verurtheilt, die er in der Strafanstalt Wald-

Digitized by Google

heim verbüsse. Dort wurde im Juni 1875 ein eigenthümlicher Anfall von Benommenheit bei ihm beobachtet, indem er bei einem Botengange nach der Anstaltsküche auf der Treppe sitzend gefunden wurde, ohne zu wissen, was er wollte oder wohin er gehörte. Gleich auf dem Heimwege von der Strafanstalt aus im Frühjahr 1876 stahl er von neuem und wurde bald wieder zur Haft gebracht. Hier trat im Juli 1876 der erste Anfall ausgesprochener Geistesstörung auf, indem er Vergiftungsfurcht äusserte und aus dem Fenster seiner Zelle um Hülfe schrie. Nach einiger Zeit beruhigte er sich wieder und kam Mitte August 1876 äusserlich ruhig und gehalten in die Strafanstalt zurück. Schon nach 14 Tagen brach von neuem Aufregung aus, er hörte seinen früheren Unterofficier sprechen, verkannte die Personen seiner Umgebung, umarmte beliebige Personen und begrüsste sie weinend als alte Freunde, schlief unruhig, zeigte äusserst erweiterte Pupillen und vollen verlangsamten Puls. Dabei hatte er abnorme Empfindungen, glaubte Thiere im Leibe zu fühlen und wollte denselben aufgeschnitten haben. Wenige Tage später traten wechselnde Grössenideen auf, der Kranke nannte sich bald König von Sachsen und bezeichnete seine Umgebung als Prinzen, bald war er Erbprinz von Waldenburg und verfügte über Güter und Geldsummen, die ihm der verstorbene König geschenkt habe. An den regierenden König schrieb er Briefe, in denen er denselben duzte. Gegen die Anrede bei seinem Namen protestirte er, schalt auch auf die Wachtposten, weil sie ihm keine Ehrenbezeugung erwiesen. Dazwischen kamen Zeiten der Depression, in denen er weinte und vor sich hin stöhnte: „O mein armes Vaterland", andremale schrie er in beständiger Wiederholung: „ich sterbe für mein sächsisches Vaterland; das sächsische Banner lebe hoch!" Bisweilen wies er das Essen zurück und wollte sterben, da sein König auch gestorben sei. Auch äusserte er Furcht, dass man ihn vergiften könne, da er der echte Fürst von W. sei, und bat um Rettung. Körperlich zeigte er trotz warmer Lufttemperatur Stasen an den Händen und Füssen. So wechselte der Zustand bis zum 23. Novbr. An diesem Tage klagte er über Beklemmung auf der Brust, hatte ein stark geröthetes Gesicht, erweiterte Pupillen bei normaler Temperatur und Pulsfrequenz, und legte sich zu Bett. Am folgenden Tage bekam er Schwindel beim Aufrichten und empfand Taubheit in den Füssen. Es ergab sich starke Herabsetzung der tactilen und Schmerzempfindung an Beinen und Rücken bis zur Mitte der Wirbelsäule. Am nächsten Tage war auch an Händen und Vorderarmen das Gefühl abgeschwächt und die Beweglichkeit der Arme und Beine so herabgesetzt, das Patient sich nicht aufsetzen konnte und gefüttert werden musste. Er konnte das Wasser nicht halten, war etwas benommen und zeigte Druckempfindlichkeit der Proc. spinosi der zwei untern Brust- und der Lendenwirbel. Am 26. Novbr. waren die Hände kalt und blau, ebenso die Beine bis zum Knie, und activ unbeweglich. Die electrocutane Sensibilität zeigte sich am rechten Beine und am ganzen Rücken bis zur vorderen Axillarlinie völlig, am linken Beine sowie an den Armen nahezu erloschen, während sie an der Vorder-

Digitized by Google

seite des Rumpfes erhöht, im Bereich des Kopfes normal war. Die faradische Erregbarkeit der Muskeln erwies sich dagegen überall ungestört. Am folgenden Tage war Patient vollkommen klar ohne deutliche Erinnerung an die letzten Tage, im übrigen hatte sich der Zustand nicht geändert. Am 2. Decbr. wurde grosse Empfindlichkeit der Wirbelsäule gegen Berührung bei Anästhesie der Rückenhaut constatirt. Die Hyperalgesie der Vorderseite des Rumpfes hatte zugenommen und den Hals mit ergriffen. Patient klagte über zeitweiligen Schwindel und vermochte sich nicht zu bewegen. Die Incontinenz der Blase bestand fort. Den 9. Decbr. begann das Gefühl an den Armen sich zu bessern, während es an Rücken und Beinen noch nahezu fehlte. Die Stimmung wurde reizbar. Am 11. Decbr. Nachmittags vermochte Patient plötzlich aufzustehen und umherzugehen, auch konnte er wieder den Urin halten. Die Abschwächung des Gefühls an den Beinen bestand am 12. noch fort, während es am übrigen Körper zurückgekehrt war. Der Boden erschien ihm weich, doch stand Patient mit geschlossenen Augen sicher. Grössenideen und Verwechselung der Personen traten wieder auf. Am folgenden Tage war der Kranke deprimirt, wollte lieber sterben als noch länger dableiben und lief beständig hinter dem Wärter her. Bis in den März 1877 blieb nun der Zustand im Gleichen. Der Kranke äusserte die stereotype Wahnidee, Fürst von W. zu sein, klagte dabei öfters über Schmerz im Rücken und Schwäche in den Beinen, konnte öfters das Wasser nicht halten, legte sich zeitweilig zu Bett, schwitzte häufig bei gerötheten Gesicht, schleuderte beim Gehen mit den Beinen, zeigte Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze der Brustwirbel und nahm an Gewicht ab. Von März 1877 ab sprach Patient nicht mehr, zog sich von andern Kranken zurück und hielt im Garten eine bestimmte Bahn ein, auf der er steifen Schrittes mit emporgezogenen Schultern und oft schnauzenförmig gespitztem Munde einherging. Bisweilen gerieth er in Zorn, namentlich sobald er bei seinem Namen angesprochen wurde, lief heftig schnaufend hin und her, bedrohte seine Umgebung mit Hinrichtung und verlangte seine Freilassung. Zeitweilig kamen auch Tage, an denen er ganz verständig sprach und sich etwas beschäftigte. Sein Körpergewicht nahm während dem wieder zu.

Seit dem Frühjahr 1879 trug er den linken Arm rechtwinklig gebeugt und schüttelte denselben oft stundenlang, machte auch eigenthümliche Schleuderbewegungen mit den Beinen. Dabei waren die Hände meist blau und geschwollen und öfters bestand Incontinenz der Blase. Im Frühjahr 1880 nahm die Starre noch zu, er behielt passiv gegebene Stellungen lange Zeit bei, musste zu Bewegungen angehalten werden, liess Stuhl und Urin unter sich.

Im Juli traten wiederholte Schwindelanfälle mit längerer Bewusstlosigkeit auf. Nach einem derselben blieb eine rechtsseitige Lähmung zurück, die mehrere Wochen fortbestand, so dass der Kranke zu Bett liegen m Im Verlauf einiger Wochen besserte sich der Zustand wieder soweit der Kranke, wenn auch noch schwankend, umhergehen konnte, zu s

Digitized by Google

vermochte er nicht, auch musste er gefüttert werden. Im September 1880 ward er als unheilbar und siech in seine Heimath entlassen und dort in einem Krankenhause untergebracht. Sein Zustand besserte sich daselbst rasch, seine Bewegungen wurden freier, er ass und sprach wieder, wenn auch öfters nur verstohlen. Im Frühjahr 1881 wurde er in das Armenhaus transferirt, entwich aber bereits in der ersten Nacht und stahl aus einem Stalle ein Pferd, welches er in den Stall des Fürsten W. brachte, um es, wie er später angab, „adeln zu lassen". Dabei wurde er verhaftet und ohne dass eine Exploration stattgefunden hätte, von neuem zu Zuchthaus verurtheilt.

Bei seiner Rückkehr in die Strafanstalt bot er psychisch einen verworrenen Grössenwahn dar, körperlich zeigte er rechtsseitige Facialisparese, öftere Erweiterung der rechten Pupille, steife Haltung der Schultern und des Kopfes, leichtes Oedem der Füsse, öftere Incontinenz der Blase, starke Herabsetzung des Gefühls an den Beinen bei erhaltenen Patellarreflexen, und zwar war derselbe am rechten Knie stärker als am linken.

In der Folge ist der Kranke, der inzwischen meiner Beobachtung entrückt war, mehr und mehr verblödet, ohne dass die Lähmungserscheinungen auffällig zugenommen hätten, und im April 1885 unter den Erscheinungen einer Lungentuberculose gestorben.

Die im pathologischen Institut zu Leipzig vorgenommene Section hat in Bezug auf das Gehirn eine mässige Trübung der weichen Häute über den Stirnlappen bis zu den Centralwindungen, sonst keine makroskopischen Veränderungen ergeben. Das Rückenmark ist einer Untersuchung nicht unterworfen worden.

2. Ch. K., geb. 1853, Kellner, erblich nicht belastet, war gut befähigt und von hitzigem Temperament. Er verlor bei Uebernahme eines Gasthofs sein Geld und hatte viel Aerger und Sorgen. Ueber seinen Lebenswandel ist nichts bekannt, nur das wurde festgestellt, dass er sich vor einigen Jahren eine syphilitische Infection zugezogen, die indess keine späteren Recidive bedingt hat.

Im October 1884 machte sich eine Verstimmung an ihm bemerklich, er zog sich zurück und hatte keine Arbeitslust mehr. Im December brach Unruhe aus: Patient schlief nicht, sprach verworren vor sich hin und kleidete sich öfters aus. Anfang Januar 1885 wurde er einer psychiatrischen Universitäts-Klinik zugeführt. Hier beobachtete man unruhigen Schlaf, schwachsinnige Grössenideen, Sprachstörung, Zittern der Zunge, ungleiche Pupillen, paralytische Schrift, dagegen keine Beeinträchtigung des Ganges. Im übrigen verhielt sich der Kranke ruhig und hielt auf Ordnung und Reinlichkeit.

Am 2. April a. c. wurde er in hiesige Anstalt aufgenommen. Er zeigte sicheren Gang und gute Haltung, etwas Ptosis des rechten oberen Lids, starke Erweiterung und Starre der rechten Pupille; bei längerer Fixirung eines Gegenstandes leichten Nystagmus; leichtes Zittern der Zunge, schlaffe Gesichtszüge; Patellar-Sehnenreflexe bedeutend herabgesetzt. Alte

Digitized by Google

Narben am Penis. Flache Ohren ohne Läppchen und unregelmässige Zahnstellung.

Sprache geläufig, nur bei schwierigen Lautgruppen leicht häsitirend.

Der Kranke verhält sich ruhig, äussert schwachsinnige Grössenideen, habe z. B. ein Silbergeschwür im Magen, und zeigt erhebliche Gedächtnissdefecte, ist nicht bei einem Gegenstande festzuhalten, sondern irrt rasch ab und verfällt in unzusammenhängendes Geplauder.

In den ersten 8 Tagen trat keine Veränderung des Zustandes ein, Patient verhielt sich ruhig, sass meist, erging sich in bescheidenen Grössenideen und war freundlich und willig. Dann wurde er benommen, sprach spontan gar nicht mehr, äusserte keine Grössenideen, schlief auch bei Tage viel. Am 18. April wurde früh ein leichter Ohnmachtsanfall beobachtet, nach welchem die Benommenheit noch weiter zunahm. In den nächsten Tagen fand er sich nicht zurecht, reagirte auf Anreden gar nicht, zeigte stark erweiterte starre Pupillen, schlief viel, konnte sich selbst nicht ankleiden.

Vom 26. April ab wurde er etwas beweglicher, zog sich öfter aus, widerstrebte beim Wäschewechsel und beim Essen, sprach aber dabei kein Wort, doch war zu bemerken, dass er seine Umgebung erkannte. Seit der Zeit entwickelte sich ein Zustand leichter Starre, in welchem der Kranke steif dasitzt, jeder Lageveränderung passiven Widerstand entgegensetzt, den Mund rüsselförmig spitzt, beim Essen widerstrebt oder nur verstohlen isst, kein Wort spricht und stark erweiterte starre Pupillen zeigt. Zeitweilig tritt Röthung und starkes Schwitzen im Gesicht auf. Manchmal auch Zucken im ganzen Körper und im Gesicht (bisweilen blos linksseitig). In mehrtägigen Zwischenräumen stellen sich mehrstündige bis $1^1/_2$tägige Remissionen ein, in denen der Kranke mehr oder weniger laut spricht, sich über Ort und Zeit orientirt zeigt, auch von Vorgängen weiss, die während der Perioden seiner scheinbaren Theilnahmlosigkeit sich ereignet haben. Seltener tritt eine leichte Unruhe auf, in welcher er mit starken Schritten umherläuft, die Hände beständig aneinander ringend bewegt, und mit dem rüsselförmig gespitzten Munde Kaubewegungen macht, auch wohl unmotivirt einen ruhig dasitzenden Kranken vom Stuhle stösst. Die Pupillen waren in den letzten Monaten immer stark erweitert, gleich, starr; Kniephänomen fast ganz erloschen.

Bei einem Ueberblick über die letzten beiden Krankengeschichten lässt sich nicht verkennen, dass beide viel Gemeinsames haben. Beide begannen mit einer melancholischen Verstimmung, nachdem im ersten Falle ein Schwindelanfall vorausgegangen war. Hieran schloss sich eine mässige Aufregung mit wechselnden Grössenideen und öfterem unmotivirten Stimmungswechsel. In dieses Stadium fällt beim ersten Kranken eine acute spinale Paraplegie, beim zweiten ein leichter paralytischer Anfall. Während bis hierher beide Fälle unter dem Bilde einer Paralyse verlaufen, so entwickelt sich nun bei beiden ein katatonisches Stadium, welches bei dem ersten Kranken alle Merkmale der typischen Katatonie im Sinne *Kahlbaum's* an sich trägt; während es im zweiten Falle durch die frühzeitige psychische Ab-

Digitized by Google

schwächung des Kranken modificirt, aber in seinen Hauptcharakteren immer noch ausgeprägt ist. Nach 4jähriger Dauer der Krankheit treten im ersten Falle plötzlich schwere apoplectische Insulte mit tiefem geistigen und körperlichen Verfall und länger bestehender rechtsseitiger Hemiparese auf, welche das terminale Stadium einer Paralyse zu verkünden scheinen. Indess schwinden alle Folgen derselben fast ganz, es folgt sogar eine bedeutende Remission in dem gesammten Zustand und erst 5 Jahre später erfolgt der Tod an einer Phthise, nachdem der Kranke vollkommen verblödet war, ohne dass totale Lähmung eingetreten wäre.

Im Hinblick auf das beinahe negative Ergebniss der Gehirnsection, auf die Dauer und die hauptsächlichsten Erscheinungen des Krankheitsverlaufs, wird man den ersten Fall kaum als Paralyse ansehen können, sondern als einen durch intercurrente Erkrankungen zeitweilig modificirten Fall von Katatonie — oder Verrücktheit mit Stupor nach anderer Bezeichnung — betrachten müssen. Und zwar möchte ich die spinale Paraplegie, die in den ersten Monaten der Krankheit plötzlich auftrat, auf eine Blutung in die Rückenmarkshäute zurückführen, nachdem ein neuerlich von *Hitzig* [1]) mitgetheilter Fall, der zur Autopsie kam, ganz ähnliche Symptome in Folge einer Blutung unter die Arachnoidea des Rückenmarks dargeboten hatte. Durch welche anatomische Veränderungen die spätere Hemiparese bedingt wurde, lässt sich nicht mit einiger Sicherheit angeben, nur das lässt sich sagen, dass sie durch keine Hämorrhagie verursacht wurde, da die Autopsie keine Spuren einer früheren intracraniellen Blutung ergeben hat.

Im zweiten Falle lassen die rasche Verblödung des Kranken, das Fehlen des Kniephänomens, sowie die dauernde Pupillenstarre mit grosser Wahrscheinlichkeit auf das Bestehen einer Paralyse schliessen, wenn auch der Zustand augenblicklich einen Symptomencomplex aufweist, der zunächst an eine Katatonie erinnert.

Schliesslich möchte ich noch auf das relativ jugendliche Alter der beiden letzten Kranken zur Zeit ihrer Erkrankung hinweisen, während die beiden Kranken der ersten Gruppe im classischen Alter der Paralyse erkrankten.

Discussion. Sie bewegt sich um die Streitfrage, ob die Katatonie eine selbständige Krankheitsform sei, was *Fraenkel* und *Ideler* bestreiten. *Ideler* führt Beispiele dafür an, dass Paralytiker fortwährend sinnlose Worte an einander reihen; die Fälle der Katatonie seien protrahirte Fälle von Paralyse. *Jastrowitz* weist darauf hin, dass nur ängstliche Affecte mit Katatoniezuständen einhergehen; *Edel* hält die katatonische Starre der Muskeln für ein Symptom, das auch in anderen Fällen vorkommt. *Knecht* giebt zu, dass Mischformen beobachtet werden, es sei schwer zu entscheiden, ob Katatonie oder Paralyse vorliege. Zu der Beobachtung, welche

[1]) Referat über die Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Magdeburg 1884. Diese Zeitschrift B. XLI, 702 ff.

Digitized by Google

Vogelgesang mittheilt, dass eine paralytische Frau die Wiederholung sinnloser Worte auffallend betrieb, bemerkte *Jastrowitz*, dass bei vorgeschrittener Paralyse diese Beobachtung häufig gemacht werden könne. *Laehr* sen. hat Katatonie nicht selbständig auftreten sehen, die Prognose sei nur dann schlecht gewesen, wenn Paralyse dazu getreten sei.

II. Dr. *Hans Laehr*-Schweizerhof: Wirkung der *Mitchell-Playfair*'schen Kur auf den Stoffwechsel.

Zur Verarbeitung der bei diesem Kurverfahren in vermehrter Menge aufgenommenen Nahrungsmittel sollen Massage und Elektrisiren dienen. Vortragender hat den Einfluss dieser beiden Agentien an zwei körperlich Gesunden bei constanter hauptsächlich flüssiger Ernährung untersucht und die Wirkung der Faradisation nicht mit Sicherheit erkennbar gefunden. Dagegen trat der Effect der Massage um so deutlicher hervor, wie an der Hand von Tabellen gezeigt wurde, die eine bedeutende Vermehrung der Urinmenge, des Harnstoffs, der Schwefelsäure, der Phosphorsäure und des Chlors klar stellten. Ausführlicheres wird nach weiteren Untersuchungen später veröffentlicht werden.

Discussion. *Knecht* findet die Thatsachen, welche bei der Massirung normaler Organe bei psychisch Kranken durch den Vortragenden ermittelt sind, im Vergleich zu den Beobachtungen nach Massage chirurgischer Kranken sehr interessant und geht näher auf die Vermehrung des Harnstoffs nach Massage bei Exsudaten in der Bauchhöhle ein. Auf die Frage von *Laehr* sen., ob Körperwägungen stattgefunden haben, berichtet der Vortragende, dass in einem Falle eine Zunahme von 3 kg festgestellt sei, in einem anderen Falle sei nach 8 Tagen eine Abnahme von 1 kg beobachtet.

III. Dr. *Vogelgesang*-Dalldorf: Ueber Cannabinon.

Als die wirksamen Bestandtheile des indischen Hanfes gelten bekanntlich ein neutrales Harz Cannabin oder Hadschischin — und ein flüssiges Oel, welches aus zwei Kohlenwasserstoffen, Cannaben und Cannabenhydrat, zusammengesetzt ist. Apotheker *Bombelon* in Neuenahr stellt nun aus der Cannabis indica ein Präparat dar, welches er Cannabinon nennt, und welches nach seinen Angaben derjenige Theil des Cannabis-Complexes ist, dem die schlafmachende Wirkung in hervorragender Weise zukommt. Dasselbe besitzt die Consistenz eines Weichharzes, ist frei von Fett, Chlorophyll und Salzen. Es weist charakteristischen Geruch und einen bitteren, kratzenden Geschmack auf. In Wasser ist es unlöslich, dagegen in Alkohol, Aether und Chloroform leicht löslich, desgleichen in Oel und Fett. Die Lösungen sind goldbraun gefärbt. — Das Cannabinon vertheilt sich ferner mit Pulvis Coffeae gut, und hat demgemäss Herr *Bombelon* aus 9 Theilen des Kaffeepulvers und 1 Theil Cannabinon die Tablettae Cannabinoni dargestellt. — Da ich das Cannabinon auch subcutan versuchen wollte, stellte mir Herr *Bom*

Digitized by Google

mein Ersuchen eine geeignete Lösung dar, und zwar nahm er Cannabinoni 1,0 auf Ol. Amygdalar. 9,0.

Ich habe nun auf der Frauenabtheilung der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf, seit dem November des vorigen Jahres bis zur Gegenwart, das Cannabinon unausgesetzt in Anwendung, und zwar gab ich es anfangs in zweierlei Form: subcutan und innerlich, während ich es jetzt seit Längerem nur innerlich verabreiche.

Für die subcutane Injection verschrieb ich, wie schon erwähnt, Cannabinoni 1,0 bis 2,0 : Ol. Amygdalar. 9,0 und injicirte bis zu 0,2 pro dosi. Bei 8 Frauen wandte ich die Oel-Emulsion des Cannabinon subcutan an, nahm indessen bald Abstand von der hypodermatischen Injection, da sich herausstellte, dass die Emulsion doch irritirend die Haut und das Unterhautzellgewebe beeinflusste. Die Injectionen habe ich immer am Oberarm gemacht und gefunden, dass die betreffenden Partien, vielleicht im Umkreise von $^1/_2$ dm, anschwollen, sich prall und fest anfühlten, während die Haut darüber leicht glänzend und geröthet war. Die Infiltration ging sehr langsam zurück, so dass nach 3 Wochen und längerer Zeit der Arm sein normales Aussehen noch nicht wieder erlangt hatte. Ueber besonders heftige Schmerzen an den Injectionsstellen klagten die Patienten übrigens nicht.

Innerlich habe ich bei 52 Frauen, welche im verschiedensten Lebensalter standen, und welche die verschiedensten Erregungszustände — chronisch wie acut maniakalisch — darboten, das Cannabinon nach der Formel Cannabinoni 3,0 : Ol. Olivar 150,0 angewandt und pro dosi 0,15 bis 0,6 gegeben. In den meisten Fällen wurde 0,3 verabreicht, da ich einsah, dass, wenn diese Gabe nicht im Stande war, den gewünschten Schlaf herbeizuführen, auch von einer erhöhten Dosis ein Besseres nicht zu erwarten war.

Die günstigste Wirkung sah ich bei einer hysterischen Patientin H., welche zeitweilig in derartige Angstzustände gerieth und derart von vornehmlich Gesichts- und Gehörstäuschungen geplagt wurde, dass jedesmal ihre Isolation angezeigt erschien, und zwar wurde diese unter den nöthigen Cautelen behufs Verhütung eines Suicidium bewerkstelligt.

Die betreffende Patientin läuft ca. $^1/_2$ Tag vor Eintritt dieser Angstzustände schon unruhig umher mit ängstlichem und verstörtem Gesicht, sie kann sich dann nicht mehr mit ihrer Näharbeit beschäftigen. Wenn sie schliesslich immer unruhiger wird, bittet sie sogar selbst, isolirt zu werden. — Sobald ich nun merkte, dass die Isolation in Aussicht stand, liess ich die Patientin meist in's Bett legen und gab innerlich 0,3 bis 0,6 Cannabinon. Pat. schlief $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde darauf ein und wachte nach mehrstündigem, bis 5 Stunden währendem, ruhigem Schlaf, sehr müde aussehend, wieder auf, um gewöhnlich bald noch einmal in längeren Schlaf zu verfallen. — Interessant war es mir, als die übrigens intelligente Patientin eines Tages zu einer Zeit, in der gerade ein psychisch vollkommen freies Intervall bestand, auf mich zutrat und spontan sich erbot, die Wirkung des Mittels mir zu

Digitized by Google

schildern. Natürlich liess ich sie gewähren, und gebe in Nachfolgendem den von mir stenographisch aufgenommenen Bericht der H. wieder.

Sie sagt folgendermaassen: „Es werden mir nach dem Einnehmen, ungefähr eine Viertelstunde darauf, die Glieder so schwer. Dann geht es nach dem Kopf. Ich kann nicht die Augen aufmachen, fühle mich schrecklich matt. Sehe ich in die Ferne, dann fühle ich mich wie betrunken. Meine Zunge ist wie gelähmt, das Sprechen wird mir schwer. Wenn ich versuche zu gehen, so taumle ich — und immer schlucken muss ich: soviel Speichel habe ich im Munde. Im Halse ist mir so trocken. Ich bin immer ganz sanft eingeschlafen. Geträumt habe ich nicht nach dem Mittel. Von allen Schlafmitteln, welche an mir probirt sind, ist mir dies das angenehmste."

Die Aussagen, welche andere intelligente Kranke mir über die Wirkung des Schlafmittels gemacht haben, bestätigen nur die Angaben der H. Speciell will ich noch die Wahrnehmungen einer Oberwärterin anführen, welcher ich nur 0,15 Cannabinon eingab. Diese erzählt, dass sie zunächst in eine überaus heitere und erregte Stimmung versetzt sei. Mit grosser Leichtigkeit habe sie denken können; doch bald habe in wirrem Durcheinander eine ganze Reihe von Vorstellungen ihr Hirn gekreuzt. Nachdem sie anfangs schärfer zu sehen und deutlicher zu hören vermeint, habe sie später dann leuchtende Kugeln vor den Augen auf- und absteigend gesehen: Berge, Häuser, Thiere und allerhand seltsame Gestalten seien an ihr vorübergeflogen: in den Ohren habe sie starkes Rauschen verspürt. Demnächst sei es ihr wie Blei in den Gliedern geworden, sie habe die Arme nicht zu heben vermocht, und als sie versucht habe, einen leichten Trinkbecher zu nehmen, habe sie geglaubt, eine schwere Zinkkanne heben zu müssen. Um den Leib sei es wie ein Gürtel gewesen; nur mit Mühe habe sie sprechen können oder die Augen öffnen. Obgleich sie noch alles gehört habe, was um sie vorging, sei sie doch ausser Stande gewesen, irgendwie darauf zu reagiren.

Von bei anderen Patienten zur Beobachtung gekommenen unangenehmen Nebenwirkungen sind noch zu erwähnen, Hustenreiz, Brennen im Halse und einige wenige Male Erbrechen. Letzteres ist meiner Ansicht nach auf Rechnung der unangenehmen Form der Gabe (Oelemulsion) zu schreiben und nicht dem Cannabinon zur Last zu legen. Ueble Nachwirkungen habe ich — mit Ausnahme eines später zu erwähnenden Falles — weiter nicht gesehen.

In Betreff der Patientin H. bemerke ich nachträglich, dass derselben, als einer Hysterica, um bezüglich Täuschungen seitens der H. sicher zu gehen, auch allein Olivenöl — angeblich als das Schlafmittel — verabreicht ist, ohne indessen den gewünschten Schlaf im Gefolge zu führen.

Bei einer anderen Patientin E., welche auf melancholischer Basis grosse Angstzustände zeigte, welche jammernd und weinend umherlief mit den Worten, sie habe ihre Mutter in's Zuchthaus gebracht, ihre Schwestern in's Elend gestürzt, sie sei das unglücklichste Geschöpf etc., brachte das Cannabinon, innerlich verabfolgt, zwar ebenfalls mehrstündigen, ruhigen Schlaf

Digitized by Google

hervor: dasselbe konnte aber nicht verhindern, dass Patientin nach dem Erwachen bald wieder in das gleiche Jammern verfiel. Eine wesentliche Beruhigung betreffs der psychischen Symptome, wie sie Herr *Richter* (Pankow) in einem Fall von activer Melancholie gefunden hat, sah ich nach Cannabinon nicht.

Weiter erwähne ich speciell eine tabische, an grosse Dosen Morphium gewöhnte Patientin B., welcher ich 4 Tage hindurch statt der abendlichen Morphiumspritze eine Cannabinonspritze gab. Nachdem sie mich schon immer inständig gebeten hatte, ich solle sie nicht quälen, erfuhr ich am Morgen des fünften Tages, dass Pat. den Versuch gemacht habe, sich zu erdrosseln: ich stellte das Mittel ein.

Hieran schliesse ich eine andere Morphiumgewöhnte Patientin v. B., welche, als sie zur Anstalt kam, pro die 0,075 Morphium subcutan erhielt, während sie zur Zeit in der Entziehungskur so weit vorgeschritten ist, dass ihr pro die nur 0,015 Morphium gegeben wird. Dieselbe zieht es vor, nachdem sie einmal 0,3 Cannabinon gekostet, lieber ihre jetzige geringe Morphiumgabe beizubehalten — übrigens ist Pat. in dem guten Glauben, dass sie immer noch die gleich starke Dosis Morphium, wie sie ihr im Anfang zu Theil geworden ist, erhält — da der Schlaf nach Morphium viel ruhiger sei. Nach dem Cannabinon sei ihr die Luft vollständig weg gewesen, und sie habe das Gefühl gehabt, als ob sie sterben müsse. Den ganzen folgenden Tag habe sie noch „Jammer" gehabt.

Somit scheint es nach meinen Erfahrungen nicht rathsam, bei Morphinisten das Cannabinon dem Morphium substituiren zu wollen, da die unangenehmen Sensationen, welche nach dem Einnehmen auftreten, und welche von allen Nicht-Morphinisten als wohl erträglich bezeichnet werden, hier in sehr verstärktem Maasse zum Ausdruck kommen, so dass der Vorzug des Mittels bei einem Morphiumgewöhnten ein sehr zweifelhafter wird.

Vorsicht in der Anwendung des Cannabinon möchte ich weiterhin bei Herzkranken empfehlen, noch lieber möchte ich einen gänzlichen Verzicht auf das Mittel bei derartigen Patientinnen anrathen. Ich wenigstens sah bei einer, mit einem Mitralfehler behafteten Patientin v. H. schon nach einer Gabe von nur 0,075 Cannabinon, d. h. nach einer so geringen Dosis, wie ich sie überhaupt nur einmal und zwar in diesem Fall gegeben habe, einen collapsähnlichen Zustand eintreten, welcher die schleunige Anwendung von Excitantien mir zur Pflicht machte.

Im Uebrigen kann wohl das Cannabinon in der besprochenen Grösse der Gabe, welche allerdings nur bei erwachsenen Personen von mir erprobt ist, als ein gefahrloses Hypnoticum angesehen werden. Am intensivsten dürfte sich seine Wirkung bei sehr anämischen, mit schwacher Herzthätigkeit begabten Individuen, sowie bei ganz alten Leuten bethätigen. Wenn solche Patienten am Abend — vor dem Schlafengehen — Cannabinon erhielten, so genügte oft schon eine Gabe von 0,3, um nicht nur für die Nacht Schlaf zu erzielen, sondern auch die Betreffenden fast für den ganzen fol-

Digitized by Google

genden Tag, bis zum Abend hin, unfähig zu machen, ihr Lager zu verlassen. Sobald man die Kranken am nächsten Tage nöthigte, das Bett zu verlassen, bequemten sie sich äusserst ungern dazu. Nachdem sie aufgestanden waren, taumelten sie noch und waren froh, wenn sie sich möglichst schnell auf einen Stuhl setzen konnten, woselbst sie nach Kurzem wieder in Schlaf verfielen. Sie machten eben durchaus den Eindruck, als ob sie nicht genügend ausgeschlafen hätten. Die Sprache war ebenfalls noch schwer.

Wenngleich nun das Cannabinon nicht berufen ist, unter den Hypnoticis eine gleiche Rangstufe wie etwa Morphium und Chloral einzunehmen, so möchte ich dasselbe in dem Arzneischatz doch nicht missen, nachdem ich gesehen habe, dass eine Durchschnittsgabe von 0,3 bei geisteskranken und eine solche von 0,1 bei geistesgesunden Personen in vielen Fällen immerhin einen beide Theile, den Patienten und den Arzt, befriedigenden Erfolg herbeizuführen im Stande ist. Sollte das Cannabinon bei Psychopathien in der besprochenen Dosis nicht so wirken, wie es Regel ist, dann stehen dem Arzt ja immer noch die stärkeren und allerdings mit mehr Sicherheit wirkenden Hypnotica zur Verfügung: jedenfalls ist auch das Cannabinon eines Versuches werth. Dasselbe wird übrigens von den meisten Geisteskranken, nachdem sie sich bald an das ölige Vehikel gewöhnt haben, gern genommen.

Discussion. Auf die Frage von *Falk*, in welchen Fällen des Irrsinns das Mittel anzuwenden sei, empfehlen der Vortragende wie *Ideler* die Anwendung desselben in Fällen von Hysterie. *Laehr* sen. möchte auf alle Fälle, wo ein mildes Hypnoticon indicirt ist, den Gebrauch des Cannabinon ausdehnen. Wegen des eintretenden Erbrechens möchte es dagegen *Fraenkel* nicht empfehlen. Auf die Erkundigung von *Müller*, wie oft 0,3 g dieses Mittels zu wiederholen sei, theilt der Vortragende mit, dass die Dosis innerhalb 24 Stunden bis 0,8 g betragen habe; wenn jedoch 0,6 g keine Wirkung hervorgebracht, dann sei er gewöhnlich nicht höher gegangen.

IV. *Guttstadt* macht die Mittheilung, dass trotz unserer heutigen musterhaften Einrichtungen zur Feststellung des Nationale eines Menschen in der Irrenanstalt zu Hildesheim ein vollständig unbekannter Mensch mehrere Jahre gelebt habe.

Nach dem dortigen Verwaltungsbericht pro 1884 war einer der gestorbenen Männer 8 Jahre lang in der Anstalt gewesen, ohne dass seine persönlichen Verhältnisse aufgeklärt werden konnten. Derselbe wurde am 18. Oct. 1876 in Wendhausen, einem Dorfe in der Nähe Hildesheims, auf der Strasse stehend aufgefunden. Es war dieses des Morgens früh. Es hatte in der Nacht stark geregnet und die Wege waren schmutzig. Da aber die Kleider und Schuhe des Aufgefundenen rein und trocken waren, so ist es nicht wahrscheinlich, dass er während der Nacht mittelst eines Fuhrwerks [illegible] bracht und an dieser Stelle ausgesetzt worden [illegible] Er sprach kein V[illegible] so dass man über seine Verhältnisse keinerlei Au[illegible]g gewinnen kon[illegible]

Digitized by Google

Da man ihn als geisteskrank ansehen musste, so wurde er der dortigen Anstalt übergeben. Er schien etwa 30 Jahre alt zu sein und seine Gesichtszüge zeigten wenig Intelligenz, aber er war nicht in höherem Grade blödsinnig. Er kannte z. B. alle Münzsorten, die man ihm vorlegte, indem er diejenigen mit den Fingern berührte, die man mit Worten bezeichnete. Er war in allen häuslichen und Gartenarbeiten geschickt und sehr folgsam. Zum Sprechen war er aber auf keine Weise zu bewegen, wiewohl es kaum zweifelhaft war, dass er sprechen konnte, da er ein gutes Gehör hatte und alle Worte verstand. Man kann seine Sprachlosigkeit nur damit erklären, dass Wahnideen damit in Verbindung standen, wie dieses in anderen Fällen wiederholt beobachtet worden ist. Die Behörden gaben sich alle Mühe, seine Heimath und seinen Namen festzustellen, es wurde seine Photographie weit umhergesendet, aber Alles blieb ohne Erfolg. So blieb er in der Anstalt und wurde als „Unbekannter" in den Acten und Büchern bezeichnet. Man hatte ihm den Namen „Conrad" beigelegt, worauf er auch willig hörte. Er machte sich durch seine Arbeit nützlich und war immer zu allem bereit, was ihm aufgetragen wurde. Dabei war seine Stimmung und Haltung immer gleichmässig und ruhig.

Niemals wurde irgend eine Erregung bei ihm bemerkt. Nur einigemal wurde beobachtet, dass seine Gesichtszüge einen lächelnden Ausdruck annahmen und dass seine Lippen sich leicht bewegten. Er starb an einer Lungenentzündung, aber auch während seiner letzten Tage blieb er schweigend und stumm. Er wurde als „Unbekannter" in die Sterberegister eingetragen und es ist keine Aussicht vorhanden, dass das räthselhafte Schicksal des Verstorbenen jemals aufgeklärt werden könnte.

In der Discussion wurden von *Wendt* und *Knecht* Nachrichten über einige Personen ähnlicher Art mitgetheilt.

V. *Jastrowitz* fordert im Auftrage des Comités der Sammelforschung, welches der Verein für innere Medicin eingesetzt hat, zur Sammlung von Nachrichten über das Auftreten der Tuberculose bei Geisteskranken auf. In der Discussion, an der sich *Falk*, *Knecht* und *Jastrowitz* betheiligen, wird auf das Hervortreten der tuberculösen Erkrankung einzelner Organe bei den Irren aufmerksam gemacht.

VI. *Falk* stellt den Antrag: Die Mitglieder werden ersucht, über Fälle aus ihrer Erfahrung zu berichten, in welchen von der gesetzlichen Befugniss Gebrauch gemacht worden ist, Untersuchungsgefangene zur Beobachtung ihres Geisteszustandes bis auf 6 Wochen in eine öffentliche Irrenanstalt zu bringen, event. mit welchem Erfolg für die Untersuchung es geschehen ist. In Folge der Debatte, welche von *Laehr* sen., *Wendt*, *Jastrowitz*, *Falk* und *Guttstadt* geführt wird, beschliesst die Versammlung zunächst, beim Herrn Medicinal-Minister zu petitioniren, dass er das Königl. statistische Bureau beauftrage, mit Hilfe der bestehenden Irrenanstalts-Statistik für diese Frage gemäss § 8

Digitized by Google

der St. G. O. vom 1. Februar 1877[1]) Material herbeizuschaffen. Sobald dieses Material vorliegt, übernimmt es *Guttstadt*, Bericht zu erstatten.

Schluss der Sitzung $5^1/_2$ Uhr. Nächste Sitzung den 15. Dec. c.

Dr. *Guttstadt.*

Die Section für Psychiatrie und Neurologie der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Strassburg 18.—23. Sept. 1885[2]).

v. Gudden (München): Ueber die Sehnerven, die Sehtractus, das Verhältniss ihrer gekreuzten und ungekreuzten Bündel, ihre Seh- und Pupillarfasern und die Centren der letzteren.

Nachdem der Vortr. eine neue Methode zur Isolirung des ungekreuzten Bündels mitgetheilt hat (man geht beim neugeborenen Thiere in die Sagittalnaht mit einem feinen Messerchen ein und durchschneidet auf der Schädelbasis das Chiasma), weist er an der Hand zahlreicher Präparate und Abbildungen nach, dass die Lage des gekreuzten und ungekreuzten Bündels in den Tractus optici bei Katzen im Wesentlichen dieselbe ist, wie er sie beim Menschen beschrieben (Arch. f. Ophthalmol. XXV, 4), dass die Kreuzung des gekreuzten und ungekreuzten Bündels bei Katzen sich im ganzen Querschnitt des aus dem Chiasma austretenden Nerven vollzieht, und dass die Fasern dieser Bündel sich erst nach und nach im Verlaufe des Nerven sondern, um zu ihren bezüglichen Retinalhälften zu gelangen. Das Grössenverhältniss der Querschnitte des gekreuzten zum ungekreuzten Bündel ist wie 5 : 3. Tauben besitzen kein ungekreuztes Bündel.

Im Opticus des Kaninchens habe Vortr. schon auf der Versammlung in Eisenach das Vorhandensein von 2 Fasersystemen nachgewiesen, von denen

[1]) Strafprocessordnung für das deutsche Reich vom 1. Februar 1877.

§ 81.

Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeschuldigten, welcher einen Vertheidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen.

Gegen den Beschluss findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs W übersteigen.

[2]) Aus dem Tageblatte.

Digitized by Google

das eine dem Sehen diene, das andere reflectorisch die Pupillenbewegung beherrsche (ein drittes System mit einem dritten Centrum müsse noch vorhanden sein, doch seien bisher nur 2 Centren gefunden, eins im Corp. geniculat. ext., das andere im oberen Hügel des Corp. quadrigem.). Inzwischen seien nun im Opticus zweierlei im Kaliber verschiedene Fasern direct nachgewiesen, die besonders gut bei Katzen zu unterscheiden seien, weniger gut beim Menschen und Kaninchen. Doch habe bei den durch Abtragung des oberen Hügels auf der entgegengesetzten Seite ohne Störung der Pupillenbewegung blind gemachten Kaninchen die Untersuchung der fein der Quere nach geschnittenen, gut gefärbten atrophischen Nerven in sofort in die Augen fallender Weise die mächtige Ansammlung der dicken Fasern ergeben. — Bei der Katze unterliegen die dicken Fasern denselben Kreuzungsverhältnissen wie die dünnen.

Grashey (Würzburg): Ueber die Bedeutung des Liquor cerebrospinalis für die Blutbewegung im Schädel.

Vortragender hatte auf der vorjährigen Versammlung (cf. diese Zeitschr. Bd. 41, S. 707) gezeigt, dass an einem elastischen Gefässe, welches in eine geschlossene, starrwandige, mit Wasser gefüllte Röhre eingeschlossen ist und unter einem bestimmten Druck (Blutdruck) von einem continuirlichen Flüssigkeitsstrom durchsetzt wird, bei Zunahme dieses Drucks eigenthümliche Schwingungen der Gefässwand auftreten, dass diese Schwingungen auf das periphere Ende des elastischen Gefässes beschränkt sind, und dass sie eine bedeutende Circulationshemmung im Gefolge haben, ferner, dass diese Circulationshemmung bei Steigerung des (Blut-) Drucks nur dann auftritt, wenn die starrwandige äussere Röhre (= Schädelkapsel) allseitig geschlossen ist, dass sie aber sofort verschwindet, wenn man dem in der äusseren Röhre befindlichen Wasser (= Cerebrospinalflüssigkeit) freien Abfluss gestattet. Vortr. demonstrirt nun, dass die Gefässschwingungen mit Circulationshemmung auch dann eintreten, wenn die äussere Röhre (die Schädelkapsel) nicht allseitig geschlossen ist, aber der Druck in ihr (der intracranielle Druck) einen bestimmten positiven Werth erreicht. Hierfür ist es gleichgültig, ob dieser (intracranielle) Druck erreicht wird durch vermehrten Zufluss von (Cerebrospinal-) Flüssigkeit oder durch verminderten Abfluss derselben oder durch Ausdehnung des elastischen (Blut-) Gefässes in Folge Steigerung des (Blut-) Drucks oder durch Zusammenwirken aller dieser Factoren. Bei Anwendung sehr enger Manometerröhren (durch die der Abfluss der Cerebrospinalflüssigkeit nachgeahmt wird) erreicht der intracranielle Druck schon bei relativ geringer Ausdehnung des elastischen Gefässes die zum Eintritt der in Rede stehenden Erscheinung erforderliche Höhe.

Also können „circulationshemmende Gefässschwingungen auch an einem elastischen Gefässe auftreten, welches, wie die Hirngefässe, umgeben ist von einer beweglichen, quantitativ variablen und unter positivem Druck abfliessenden Flüssigkeit."

Da nun die Leichtigkeit des Abflusses, vielleicht auch der Zufluss der

Digitized by Google

Cerebrospinalflüssigkeit sich individuell verschieden verhalten wird, Erschwerung des Abflusses aber, besonders bei Schwankungen des Blutdrucks oder der Dehnbarkeit der Hirngefässe, die beschriebene Circulationshemmung und damit eine Ernährungsstörung zur Folge haben kann, so ergiebt sich die Wichtigkeit dieser Dinge für die Entstehung von Hirnleiden. Man kann sich vorstellen, dass die erbliche Disposition zu Psychosen zum Theil in dürftig angelegten Abflussbahnen des Liqu. cerebrospinal. anatomisch begründet sei.

Kräpelin weist in der Discussion, an der ausser ihm und dem Vortr. noch *Mendel* und *Jolly* theilnehmen, darauf hin, dass diese Versuche geeignet seien, Licht auf die Entstehung der psychischen Veränderungen nach der Exstirpation der Schilddrüse zu werfen, da diese Operation abführende Blut- und Lymphbahnen ausschalte.

Binswanger (Jena): Ueber die pathologische Histologie der Grosshirnrinde bei der Dementia paralytica.

B. demonstrirt mikroskopische Präparate aus der Hirnrinde von Paralytikern, die im Endstadium verstorben waren, und von Kranken, welche des Sprachvermögens völlig verlustig gegangen waren. Ueberall waren die der 3. Rindenschicht zugehörigen grossen Ganglienzellen in den zwischen dem vordern aufsteigenden Schenkel der Sylvischen Furche und dem Uebergangstheil gelegenen Partien grösstentheils zu Grunde gegangen. Die Veränderungen sind die gleichen, wie *B.* sie bei den früheren Untersuchungen über die Nierenpyramidenganglienzellen beschrieben hat, und sitzen entweder an den Zellkernen oder dem Zellkörper. Im ersteren Falle bestehen die Anfänge in einer trüben Schwellung und Blähung des Kerns, Schwinden des feinkörnigen Inhalts desselben und führen schliesslich zu einer eigenthümlich homogen klar glänzenden Beschaffenheit des Kerns, welcher durch Farbstoffe nur schwer tingirbar geworden ist. Doch giebt es Bilder, welche einen directen Zerfall des geblähten Kernes beweisen. Die Veränderungen des Kernkörperchens gehen in der früher beschriebenen Weise Hand in Hand.

Die Veränderungen des Zellkörpers bestehen entweder in einfacher atrophischer Schrumpfung desselben mit Verlust der protoplasmatischen Ausläufer, der Spitzen und der Basalfortsätze bis zur Bildung unförmlicher, mit Carmin stark gefärbter klumpiger Körper oder aber in einer eigenthümlichen Zerklüftung einzelner Stellen des Zellkörpers, der dadurch ein zerrissenes, durchlöchertes Aussehen erhält und schliesslich auseinander fällt. Hierzu gesellt sich fast regelmässig eine Zunahme des physiologisch vorhandenen Zellpigments.

Sodann demonstrirt *B.* Veränderungen der Lymphgefässscheiden der Rindengefässe an Gehirnen syphilitisch gewesener Paralytiker. Dieselben bestehen in Verdickungen, Einschachtelungen und Abkapselungen einzelner Lymphscheidenabschnitte, Proliferation der Lymphendothelien innerhalb dieser abgeschlossenen Räume und Ansammlung von Lymphkörperchen daselbst.

Digitized by Google

Die Discussion drehte sich hauptsächlich um den Einfluss der verschiedenen Härtungsmethoden auf die Nervenzellen.

Pflueger (Bern): Ueber Erregungen und Miterregungen im Bereiche homonymer Gesichtsfeldbezirke.

Der Vortr. berichtet über Untersuchungen, die Herr Dr. *Schiele* an einer Reihe von nervenkranken Personen in Bezug auf die Ermüdungseinschränkung der Gesichtsfelder gemacht hat. Die Ermüdung ward durch wiederholte perimetrische Gesichtsfeldbestimmungen hervorgebracht. Es zeigte sich nun, dass die Ermüdung einer Hälfte, eines Quadranten, eines Sectors der einen Retina stets nur die homonyme Hälfte, den homonymen Quadranten, den homonymen Sector der anderen Retina in Mitleidenschaft zog in Form einer analogen Form der Gesichtsfeldeinschränkung, aber nie auf Theile der 2. Hälfte des erst ermüdeten Auges, nicht einmal auf die angrenzenden Theile derselben Gesichtsfeldhälfte übergriff. Hieraus ergiebt sich dem Vortr., dass die Erregung und Miterregung meist in Form von Ermüdung ihren Sitz in der Sehsphäre, im Occipitallappen hat und nicht in der Retina, sowie dass die Erregung der einem bestimmten Netzhautmeridian entsprechenden Endorgane in der Rinde die Endorgane des homonymen Meridians der anderen Netzhaut miterregt.

Doch hatte die Ermüdungseinengung des Gesichtsfeldes an einem Auge (resp. einer Augenhälfte) nicht stets die gleiche Einschränkung am anderen Auge (resp. der homonymen Hälfte) zur Folge, sondern es trat bisweilen am 2. Auge die Beschränkung nur in einer Hälfte auf, während das 1. sich in beiden Hälften ermüdet zeigte.

Ferner zeigte sich bisweilen nach wiederholten perimetrischen Aufnahmen das Gesichtsfeld theils ganz, theils in einer Hälfte nicht verengt, sondern erweitert.

Die Einengung des Gesichtsfeldes durch eine perimetrische Aufnahme betrug am häufigsten 2 bis 2,5°, mitunter auch 10°, und wechselte bei demselben Pat. parallel seinem subjectiven Befinden. Man könne daher aus der Einschränkungsgrösse und ihren Veränderungen ein Urtheil fällen über den jeweiligen Allgemeinzustand der Rinde und durch Vergleiche des objectiven Befundes und der subjectiven Angaben des Pat. einen Einblick erhalten über Vermischung des neurasthenischen, resp. hysterischen Zustandes mit Simulation.

Auch die Art der Wirkung perimetrischer Aufnahmen (partielle oder allgemeine Einengung oder Erweiterung des Gesichtsfeldes, dauernd oder vorübergehend) kann bei demselben Kranken wechseln, und man könne oft von diesem Verhalten der Sehsphäre auch auf den Erregungszustand der übrigen Hirnrinde schliessen.

Auf Grund der erwähnten Beobachtungen spricht sich der Vortr. gegen die Hypothese von *Munk* und *Wernicke* aus, dass jeder Hinterhauptslappen in 2 getrennte Territorien für je eine homonyme Netzhauthälfte zerfalle,

Digitized by Google

weist die von den Erfahrungen bei concomitirendem Schielen und von der Form hemianopischer Defecte hergenommenen Gründe zurück und erklärt sich für die regelmässige Mischung kleinster Fascikelfelder in der Sehsphäre, dass also identische Punkte beider homonymen Netzhauthälften in zwei unmittelbar neben einander gelegenen Centralorganen ihre Endverbindung finden.

Zum Schluss wird an Abbildungen das Verhalten der Farbengesichtsfelder zu den Raumgesichtsfeldern demonstrirt.

Stein (Frankfurt a. M.): Die Anwendung schwacher galvanischer Ströme in der Electrotherapie.

In dem Buche „Zur Einleitung in die Electrotherapie" von Dr. *Mueller* sei nicht die Forderung zuverlässiger Galvanometer und die Berücksichtigung der Stromdichte bei der Ueberleitung in den menschlichen Körper das Neue, sondern die Präcisirung der Stromdichte auf $^1/_{18}$ (auf je 18 □cm Rheophorenfläche 1 Milliampère). Dieser Bruch sei aber willkürlich gewählt. Dass man mit schwachen galvanischen Strömen und geringer Stromdichte die günstigsten Erfolge erziele, sei allgemein anerkannt. Für die stärksten therapeutischen Effecte genüge ein Strom von 8 Milliampères, während die Dichte sich besonders nach der Empfindlichkeit der Epidermis zu richten habe Unter schwachen Strömen versteht der Vortr. eine Stromstärke von $^1/_2$—2 Milliampères, eine mittlere von 3—4 Milliampères reiche für die meisten Fälle vollkommen aus. Nothwendig seien bestimmte in das Decimalsystem passende Rheophorenflächen und ein chemisch nicht zu stark wirkendes Normalelement. Vortr. empfiehlt und demonstrirt eine von ihm construirte Batterie, deren Elemente aus einem Braunsteincylinder und einem Zinkstabe bestehen. Die erregende Substanz ist eine aus Gelatine, Glycerin, Salicylsäure und Salmiak zusammengesetzte halbfeste Mischung. Geringe chemische Wirkung, Compendiosität, Constanz, Freisein von Säuren seien die Vorzüge dieser Batterie.

In der Discussion macht *Jolly* darauf aufmerksam, dass *Mueller*'s genaue Dosirung des constanten Stroms schon deshalb unzulässig sei, weil die zu behandelnden Nerven in individuell sehr verschiedener Tiefe liegen.

Stein (Frankf.): Ueber die Fortschritte der Technik bei der Application elektrischer Bäder.

Die elektrischen Bäder eignen sich hauptsächlich dort, wo eine allgemeine Wirkung des Stromes indicirt erscheint, wie bei manchen functionellen Neurosen, sowie als Ersatz der allgemeinen Electrisation. Und zwar übe das allgemeine galvanische Bad einen beruhigenden, das faradische einen anregenden Effect auf den Gesammtorganismus aus. Dass bedeutende S quantitäten dem Badenden zugeführt werden, ergebe schon die Emp von Zuckungen bei Stromöffnung und Stromschluss, ferner die Vergr des Nadelausschlags eines direct in den Stromkreis eingeschalteten

Digitized by Google

meters, sobald ein Badender sich im Wasser befindet. Weiter spricht sich Vortr. gegen die monopolare Anordnung und gegen die Trautwein'sche Rückenkissenelektrode aus. Statt der Holzwannen könne man auch gut lackirte oder emaillirte Metallwannen verwenden, falls die Rheophore genügend von der Wand isolirt sind. Als Rückenrheophor empfehlen sich Metallplatten, die von mit Luft aufgeblasenen Kautschukröhren umgeben sind; dieselben gestatten zugleich ein angenehmes Anlehnen mit dem Rücken. Eine gleichmässige Stromempfindung am ganzen Körper erreiche man dadurch, dass man den einen Pol mit der Rückenelektrode und den anderen mit den Fuss- und Seitenplatten, sowie einer senkrecht in der Mitte der Wanne, zwischen den Füssen stehenden Platte verbinde.

Auf eine Bemerkung *Jolly*'s beschränkt dies der Vortr. dahin, dass er letztere Platte nur beim faradischen Bade anwende. *Grashey* fragt an, ob die günstigen Wirkungen des faradischen Bades sich bei Neurasthenikern auch auf Schlafstörungen erstrecken. *Vortr.* antwortet, dass er hier manchmal eine bald raschere, bald allmälige Besserung beobachtet habe. *Binswanger* hat bei schlaffen, apathischen Neurasthenien eine sehr belebende Wirkung des faradischen Bades gesehen. Die Kranken konnten Spaziergänge machen, fühlten besseren Appetit und bessere Stimmung, wenigstens auf Stunden. Auch bei hypochondrischen Melancholien ohne besondere nervöse Erregbarkeit zeigte sich Besserung der Stimmung und grosses Vertrauen zu dem Verfahren. Einen Einfluss auf den Schlaf hat er weder von den elektrischen Bädern noch von elektrischer Behandlung ohne Bäder gesehen.

Freusberg (Saargemünd): Ueber motorische Symptome bei einfachen Psychosen.

Vortr. führt an der Hand von Krankengeschichten aus, dass bei einfachen Psychosen im acuten Initialstadium paroxysmelle Anfälle von Starre oder von krampfartigen Bewegungen vorkommen können, und dass solche Anfälle durchaus nicht eine epileptische, hysterische, alcoholistische Complication der Psychose beweisen. — Solchen Uebergangsformen der einfachen Psychosen und complicirten Psychosen gegenüber sei streng die Reinheit der typischen Krankheitsbilder festzuhalten und insbesondere vor der Ausdehnung der sog. epileptoiden Geistesstörungen zu warnen.

Kraepelin (Dresden): Ueber Verwirrtheit.

Charakteristisch für die Verwirrtheit seien vornehmlich die Unfähigkeit, sich in der Umgebung zu orientiren, und die Zusammenhangslosigkeit des Vorstellungsablaufes. Obwohl beide Kriterien psychologisch eng von einander abhängig seien, trete klinisch bald das eine, bald das andere mehr in den Vordergrund, so dass man eine sensorielle und eine intellectuelle Verwirrtheit unterscheiden könne. Sensoriell sei die durch Alteration des Wahrnehmungsvorganges, besonders durch Sinnestäuschungen bedingte Verwirrtheit, wie sie am meisten bei der hallucinatorischen Verwirrtheit gekannt sei.

Digitized by Google

— Ferner gehöre hierhin eine vielleicht als illusionär zu bezeichnende Form der Verwirrtheit, hauptsächlich charakterisirt durch die Unfähigkeit, irgendwie eine klare Vorstellung von der bestehenden Situation zu gewinnen, trotzdem die Einzelheiten derselben im Wesentlichen richtig aufgefasst werden und die Aufmerksamkeit aufs Aeusserste gespannt ist. Gehörs-, seltener Gesichtshallucinationen bestehen fast regelmässig, treten aber nicht in den Vordergrund. — Den Uebergang zur intellectuellen Verwirrtheit bilde dann die bei Bewustseinstrübungen, z. B. schweren epileptoiden und Traum-Zuständen, paralytischen und Fieber-Delirien auftretende „traumhafte oder deliriöse" Verwirrtheit, da hier Wahrnehmungsvorgang und Vorstellungsablauf gleich gestört sei.

Zur intellectuellen Verwirrtheit gehöre zunächst die Ideenflucht, bei der an Stelle des normalen Vorstellungsablaufs lediglich associative Verbindungen treten. — Ferner sei hierhin zu zählen die „combinatorische" Verwirrtheit, die dadurch entsteht, dass jede Wahrnehmung zwangsmässig die verwickeltsten und phantastischsten Vermuthungen und Wahnideen erweckt, deren Widersprüche zu neuen Grübeleien, zur Entdeckung ungeahnter mystischer Beziehungen führen und die Orientirung hochgradig stören. Dies geschehe in manchen Fällen primärer Verrücktheit, in denen die Entwicklung des Wahnsystems unter stürmischen Erscheinungen vor sich geht. — Ferner werde der Vorstellungsablauf getrübt und verändert durch Gefühle und Affecte, und so entstehe die „emotive Verwirrtheit", die der deliriösen Form nahe stehe.

Anderer Art als diese mehr episodischen Störungen seien die Secundärformen der Verwirrtheit, bei denen der intellectuelle Mechanismus nicht gehemmt oder auf verkehrte Art in Gang gesetzt, sondern vernichtet ist. Hier könne man je nach dem Grade des Verfalls noch eine „räsonnirende" Verwirrtheit, eine „allgemeine" Verwirrtheit (*Griesinger*) und schliesslich die stereotype Verwirrtheit unterscheiden.

Die Verwirrtheit ist eine Störung der Intelligenz, die man indessen streng genommen erst aus dem Handeln, besonders aus Sprache und Schrift, erkennen kann. Aeusserlich ähnliche Störungen des Handelns kommen vor bei Verrückten, deren Handlungen, Reden etc. dem Beobachter verwirrt erscheinen können, während sie dies nicht zu sein brauchen unter dem besonderen verrückten Gesichtspunkt, unter dem sie entstanden sind. Aeusserlich ähnliche Störungen können auch entstehen, wenn der Intellect zwar normal, aber die Willensübertragung auf die motorischen Bahnen gestört ist, wie bei Paraphasie und Paragraphie.

In der Discussion bemerkt *Grashey*, dass die Auffassung der Verwirrtheit als einer Elementarstörung einer Einschränkung bedürfe. Der Symptomencomplex, den der Vortr. unter dem Namen „Verwirrtheit" schildere, lasse sich zurückführen auf Störungen der Wahrnehmung und trete auf, sobald die Sinnesempfindungen und die Sinneseindrücke alterirt werden und sobs Hallucinationen auftreten. — *Kräpelin* giebt ohne Weiteres zu, dass es r

Digitized by Google

nicht um eine Elementarstörung im gewöhnlichen Sinne, sondern um eine Summe solcher handle.

Rumpf (Bonn): Ueber die Behandlung der Tabes dorsalis.

R. hat die von ihm schon früher empfohlene Behandlung der Tabes mit dem faradischen Pinsel in Fällen, wo Syphilis vorausgegangen war, mit antiluischen Kuren verbunden und mit dieser Combination sehr gute Erfolge erzielt. Von 24 Fällen betrachtet er 4 als klinisch geheilt; bei allen anderen trat Besserung mitunter in bedeutendem Grade ein. Zur Erklärung der Wirkung des faradischen Pinsels führt er an 1) dessen schmerzstillende Wirkung, 2) die Erhöhung der Sensibilität nach seiner Anwendung, beides auch an normalen Menschen nachgewiesen, 3) reflectorische Wirkungen, wie die Erweiterung der Pupille, den Schwund der Myose und reflectorischen Starre, ferner könne man an Circulationsveränderungen in den Centralorganen und endlich an Aenderungen der Wärmeregulation denken, da die vorher kalten Extremitäten unter dem Einfluss der Behandlung warm werden und dauernd ihre Wärme behalten.

In der Discussion berichtet *Jolly*, dass er neben einer Besserung mehrere Misserfolge mit der *R*'schen Behandlung gesehen habe. *Jehn* hat bei einem Tabesfalle, der im Verlaufe einfacher Psychose auftrat, die elektrische Behandlung im Sinne *R*'s — allerdings bei gleichzeitiger Application schwacher constanter Ströme auf das Rückenmark — von bestem Erfolge gefunden. Der Fall war um so interessanter, als nach Heilung des intercurrenten Rückenmarksleidens die zeitweis zurückgetretenen Erscheinungen der Psychose wieder in ihr Recht traten.

Nissl (München): Ueber die Untersuchungsmethoden der Grosshirnrinde.

Ueber Anomalien im Pigmentgehalt, fettige Degenerationszustände etc. klärt das Isolirpräparat besser auf als das Schnittpräparat. Andere und besonders feinere Anomalien kann nur das Schnittpräparat aufdecken. Von den Härtungsflüssigkeiten liefert der Alcohol die schönsten Nervenzellenbilder, während er die Faser vernichtet; Lösungen von doppeltchromsaurem Kali erhalten die Faser, wirken aber auf die Zelle mehr oder weniger destruirend.

Zur Beobachtung von markhaltigen Fasern leistet die *Weigert*'sche Hämatoxylinmethode nach ihrer neuen Modification das Beste, während zur Untersuchung von Nervenzellen, Bindegewebskernen und Gefässwänden die Anilinfarben am geeignetsten sind. (Section nach höchstens 30, im Sommer 24 Stunden. Das Rindenstückchen, dessen Ort genau bestimmt ist, bringt man in 95° Alcohol. Die Härtung des ganzen Gehirns beginnt man mit schwachem Alcohol. Ueberhärtung kommt nicht vor. Dann klebt man mit Gummi das Stückchen auf und schneidet mit alcoholbefeuchteter Klinge. Die Schnitte sammelt man in einer Schale von 95° Alcohol. Aus diesem heraus bringt man den Schnitt in eine Schale mit filtrirter wässriger Anilin-

Digitized by Google

farblösung und erhitzt diese so lange, bis sich ein leichter Dampf zeigt, lässt sie dann langsam erkalten und bringt den Schnitt in eine Schale von 95° Alcohol, in der die Farbe oberflächlich abgewaschen wird. Dann kommt der Schnitt sofort in Nelkenöl, wo die Hauptentfärbung vorgenommen wird, so lange bis keine grösseren Farbstoffwolken mehr fortgehen. Vertreibung des Nelkenöls mit Benzin. Canadabalsam.) Magentaroth leistet am meisten. Beim Studium pathologischer Veränderungen legt der Vortr. besonderen Nachdruck auf die Vergleichung mit normaler Hirnrinde vom gleichen Orte.

Erb (Heidelberg) demonstrirt Muskelpräparate von einem Falle von *Thomsen*'scher Krankheit, welche die Hypertrophie der Fasern, die Kernvermehrung etc. in sehr exquisiter Weise zeigen, ausserdem Präparate von Muskeln eines nach einer Operation gestorbenen Mannes, welche dieselben Veränderungen in ausgesprochener Weise zeigen. Die Befragung der Wittwe ergab denn auch mit ziemlicher Sicherheit, dass derselbe an *Thomsen*'scher Krankheit mässigen Grades gelitten habe.

Im Anschluss hieran demonstrirt *E.* noch Präparate aus 3 Muskeln eines an sog. Pseudohypertrophia infantilis muscularis (Dystrophia muscul. progressiva, *Erb*) leidenden Knaben. Im Gastrocnemius fand sich Hypertrophie vieler neben Atrophie anderer Muskelfasern (ausserdem Bildung von Längsspalten in einzelnen Fasern), ferner Wucherung und Kernvermehrung des Bindegewebes; auch in den Muskelfasern Kernvermehrung; im Infraspinatus vorwiegend atrophische Fasern, mit viel reichlicherer Wucherung des Bindegewebes, keine Fettzellenanhäufung; im Latissimus dorsi fast nichts mehr von Muskelfasern, dagegen Massen von Bindegewebe und von Fettzellen. *E.* glaubt demnach, dass der ursprüngliche Process nicht die Wucherung des Fettgewebes, sondern eine mit Atrophie vieler Fasern einhergehende wahre Muskelhypertrophie mit gleichzeitiger Bindegewebshyperplasie ist.

Schultze (Heidelberg) demonstrirt Präparate von einem Falle von allgemeiner Muskelatrophie und meint, dass bei der sog. Pseudohypertrophie bisher nicht nachgewiesen werden könne, dass der Atrophie einer Muskelfaser stets Hypertrophie voranginge.

Er demonstrirt sodann Präparate, welche von *Weigert* nach dessen Methode und nach der Safraninmethode von *Adamkiewicz* angefertigt wurden; er spricht sich zugleich gegen die Richtigkeit der Lehre von den chromoleptischen Zonen aus.

Schultze bespricht sodann einen Fall von Porencephalie.

Zum Schluss bittet Dr. *D. Hach Tuke* (London) durch Dr. *Freusberg* die deutschen Neurologen um Unterstützung in seinem Studium über spontanen Somnambulismus, und um Mittheilung gut beobachteter Fälle nach Hanwell, London.

Digitized by Google

Aus der Section für Physiologie:

Herzen (Lausanne): Ueber die Spaltung des Temperatursinnes in 2 gesonderte Sinne.

H. fand, dass ein tief „eingeschlafener" Arm nicht nur die Tastempfindung, sondern auch das Gefühl für Kälte eingebüsst hat, während er Wärme- und Schmerzeindrücke noch deutlich wahrnimmt. Es zeigte sich dann, dass wenn man durch mässigen, andauernden Druck, z. B. auf den Ischiadicus, ein Bein zur tactilen Anästhesie bringt, meist zuerst auch das Gefühl für Kälte verloren geht und erst viel später die Empfindlichkeit für Wärme und Schmerz. Berührt man ferner eine Hand oder einen Fuss, bald mit kalten (0°), bald mit mässig warmen (40—45°) Gegenständen, und lässt nicht auf die Berührung, sondern auf das Gefühl der Kälte oder Wärme reagiren, so ist die Reactionszeit bei warm immer viel länger als bei kalt. — Bei einer Frau, die an tactiler Anästhesie und Unempfindlichkeit gegen Kälte litt, während sie Schmerzeindrücke empfand und verschiedene Wärmegrade von 60° bis 27° gut unterschied, ergab die Section eine transversale Myelitis der Hinterstränge und der dorsalen Hälfte der Seitenstränge, besonders der Kleinhirnseitenstrangbahnen, während Vorderstränge und graue Substanz normal waren. Aehnliche von *H.* beobachtete Fälle, wo tactile und Kälteempfindung verloren, Wärme- und Schmerzempfindung erhalten waren, kamen nicht zur Section. — An Katzen und Hunden beobachtete Vortr., dass einseitige Rückenmarks- und Gehirnverletzungen, welche die Tastempfindungen nicht beeinträchtigen, auch die Kälteempfindung bestehen lassen, dagegen Verletzungen, die jene vernichten, auch diese zerstören (also Durchschneidungen der Hinterstränge und Exstirpationen der sog. motorischen Rindencentra. — Zerstörung des Gyrus sigmoid. bei neugeborenen Hunden hat, wie auf Motilität und Sensibilität, auf die Kälteempfindung keinen Einfluss).

Daraus folgert *H.:* 1) Dieselbe Region der Hirnrinde (Gyrus sigmoideus) enthält das Centrum (oder die zu ihm führenden Leiter) für Tast- und Kälteempfindungen. 2) Beiderlei Empfindungen werden im Rückenmark durch die Hinterstränge geleitet. — 3) Beide werden durch Druck auf die peripheren Nervenstämme aufgehoben. — 4) Die Empfindlichkeit für Wärme wird beim Menschen von anderen Nerven, durch andere Bahnen, zu anderen Hirncentren vermittelt, als die Empfindlichkeit für Kälte. — 5) Also besteht der Temperatursinn aus 2 Sinnen, einem Wärmesinn und einem Kältesinn, die von einander physiologisch wie anatomisch unabhängig sind.

Schliesslich verwahrt sich *H.* gegen die Identificirung von Tast- und Kältesinn einerseits und Schmerz- und Wärmesinn andererseits. Dagegen spricht u. A. die Existenz verschiedener Punkte, von denen die einen nur Kälte, die anderen nur Wärme, die dritten nur Berührung empfinden (*Blix*). Auch fand *H.* die Glans penis für Kälte völlig unempfindlich, während sie gröbere Berührungen wahrnimmt. Es handelt sich also bei tactiler und

Digitized by Google

Kälteempfindung um specifische Nerven, totz dem gemeinsamen Verlauf und der gemeinsamen centralen Endigung.

Goltz demonstrirte einige lebende Hunde, deren Gehirne er theils der sog. Fühlsphären, theils der Sehsphären beraubt hatte. Die Vergleichung des Verhaltens der verstümmelten Hunde mit den Defecten der Gehirne, die später demonstrirt wurden, schien, wie *Nothnagel* (Wien) erklärte, zu ergeben, dass der von *Goltz* behauptete Gegensatz zu dem *Munk*'schen Standpunkte in der That zu Recht bestehe.

In der Section für innere Medicin sprach

Rumpf (Bonn): Ueber syphilitische Monoplegien und Hemiplegien.

R. berichtet über 2 Fälle typischer Monoplegie des Armes, resp. des Beines mit Rindenepilepsie. Beidemal bestanden im betreffenden Gliede Muskelspannungen und gesteigerte Sehnenreflexe. Das Gefühl zeigte sich bei genauester Prüfung in jeder Richtung intact. — 2 weitere Fälle syphilitischer Monoplegie zeigten Herabsetzung der Sensibilität und des Gefühls für Lage und Stellung, sowie bisweilen auftretende Krampfanfälle im befallenen Gliede ohne weitere motorische Störung. — Die ersten beiden Fälle betrachtet *R.* als Erkrankungen des motorischen Rindencentrums, die beiden letzten als Rindenerkrankung der Fühlsphäre und schliesst sich daher der Ansicht *Nothnagel's* an, dass die Oertlichkeiten der Hirnoberfläche, deren Läsion einerseits motorische Lähmung, andererseits Muskelsinnstörung bedingt, beim Menschen räumlich zwar nahe an einander liegen, aber nicht identisch sind.

Aus der Gynäkologischen Section.

H. W. Freund (Strassburg): Ueber die feineren Veränderungen der Nervenapparate im Parametrium bei einfacher und parametritischer Atrophie.

F. fand im normalen Puerperium eine starke Hyperplasie des Ganglion cervicale uteri (Frankenhäuser'sches Ganglion), in späteren Stadien eine entsprechende fettige Metamorphose. Bei einfacher Atrophie des Beckenbindegewebes (verbunden mit Uterusatrophie nach schnell consumirenden Krankheiten, rasch sich folgenden Wochenbetten und Lactationen, schweren puerperalen Erkrankungen) zeigten sich die Ganglienzellen an Zahl und Grösse vermindert, theilweis verfettet, häufig von abgerundeter statt polygonaler Gestalt, Kern und Kernkörperchen nicht immer nachweisbar; auch die Nervenästchen verschmälert und mit Fetteinlagerungen versehen. Bei Parametritis chronica atrophicans sah *F.* das Ganglion von den narbigen Bindegewebszügen eingeengt und gedrückt, die Zellen geschrumpft und gelbbraun pigmentirt, oft den Kern nur mit Mühe erkennbar; in den extremsten Graden narbiger Schrumpfung waren neben der stärkeren Beeinträchtigung der Ganglienzellen auch die Nervenäste spärlich, schmal, ohne Ganglienzellen.

Digitized by Google

F. weist auf die Wichtigkeit dieser Befunde für die Deutung der Hysterie hin.

Aus der Section für Pädiatrie.

Ranke (München): Ueber cerebrale Kinderlähmung.

R. hat im letzten Sommer 9 Fälle cerebraler Lähmung gesehen, die dem von *Struempell* aufgestellten Krankheitsbilde der Poliencephalitis acuta (cf. diese Ztschrift Bd. 41, S. 717) entsprachen. 6 Fälle zeigten die hemiplegische, 3 die monoplegische Form; bei jenen war stets der Arm am stärksten afficirt und im Wachsthum gehemmt (ebenso bei 1 Fall brachialer Monoplegie), und zwar betraf die Ernährungsstörung Knochen und Muskeln, nicht aber das subcutane Fett. Athetose der Finger war bei allen 6 hemiplegischen Fällen vorhanden, bei 3 auch solche der Zehen; 2 zeigten Störungen der Intelligenz, ein Knabe ward 4 Jahre nach Eintritt der Lähmung epileptisch. Die Lähmung war in allen Fällen keine schlaffe, wie bei Poliomyelitis, sondern es bestanden leichte Muskelspannungen. Die Sehnenreflexe waren stets vorhanden, nur bisweilen gesteigert. Sensibilität, Muskelsinn, elektrisches Verhalten waren nie wesentlich verändert. Betheiligung des Facialis ward nicht beobachtet.

Stets datirte die Krankheit aus früher Jugend, ein Initialstadium mit Krämpfen, Bewusstlosigkeit, Fieber ward bald angegeben, bald geleugnet; bei 3 Kindern, die sämmtlich asphyktisch zur Welt gekommen, sollte das Leiden seit der Geburt bestehen.

Demme (Bern): Beiträge zur Kenntniss der schädlichen Wirkungen des Alkoholmissbrauches auf den kindlichen Organismus.

Der Vortragende führt an, dass von 53 im Laufe der Jahre 1878 bis 1884 dem Berner Kinderspitale zugeführten, in ihrer geistigen Entwickelung ganz oder theilweise zurückgebliebenen Kindern 28, somit 54 pCt. von Eltern stammten, welche, zumeist der Vater, dem gewohnheitsmässigen Branntweingenuss ergeben waren. Dann wendet er sich gegen die regelmässige Darreichung alkoholischer Getränke an Kinder und führt 2 Fälle von Lebercirrhose im Kindesalter, ferner mehrere, das Auftreten von Epilepsie, von Chorea, von nächtlichem Aufschrecken im unmittelbaren Anschluss an fortgesetzten Alkoholgenuss betreffende Beobachtungen an.

Digitized by Google

Literatur.

Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Nach Beobachtungen in der Irrenanstalt Dalldorf von Dr. *W. Sander* und Dr. *A. Richter*. Berlin 1886. 404 S. Besprochen von Dr. *Pelman*.

Bisher galt es meines Wissens unter den Irrenärzten als eine allgemein angenommene Thatsache, dass geisteskranke Verbrecher, d. h. solche Individuen, die während der Verbüssung einer Strafe geisteskrank geworden sind, nicht recht in die Irrenanstalten passten. Jedenfalls fehlte es nicht an Klagen über die Unzuträglichkeiten, zu denen sie Veranlassung gaben, und dass es nahezu unmöglich sei, sie in den Anstalten zu halten und an Entweichungen zu hindern. So verschieden die Vorschläge waren, was denn eigentlich mit ihnen zu machen sei, und so oft auch die Frage: „Wohin mit den geisteskranken Sträflingen?“ auf die Tagesordnung der Vereine gesetzt wurde, darin wenigstens war man einig, dass sie aus den Anstalten heraus, oder vielmehr gar nicht erst in sie hinein müssten.

Dieser Satz schien das sichere Ergebniss der bisherigen Erfahrung und als solches Gemeingut der Irrenärzte zu sein, und ich muss eingestehen, dass ich so ziemlich derselben Meinung gewesen bin. Um so grösser war meine Verwunderung, als ich beim Durchlesen des vorliegenden Buches gerade die entgegengesetzte Ansicht darin vertreten fand. *Sander* verneint die Frage, ob für geisteskranke Verbrecher besondere Anstalten nöthig seien, und er bemüht sich hierfür in den verschiedenen Abhandlungen den Beweis zu liefern. Ob ihm dies so ganz und gar gelungen, lasse ich für's erste dahingestellt. Immerhin aber gewinnt die ganze Angelegenheit dadurch ein erhöhtes Interesse, da sowohl die Persönlichkeit des Verfassers und seine reiche Erfahrung, als besonders der Umstand, dass es Dalldorf ist, von wo aus diese ketzerische Meinung in die Welt tritt, eine Fülle von Anregung und Belehrung erwarten lassen. War es doch gerade Dalldof und was man von dort sah und hörte, was als ein Hauptbeweis dafür geltend gemacht wurde, wenn es galt, die Unhaltbarkeit der jetzigen Verhältnisse zu betonen, und man hätte daher von vorn-

Digitized by Google

herein gerade das Gegentheil von dem erwarten sollen, was uns hier geboten wird.

Diese Annahme erhält eine weitere Bekräftigung durch die Mittheilung *Sommer's*, der in einem Reiseberichte vom J. 1884 eine Uebersicht der Uebelstände anführt, die sich durch die Anhäufung geisteskranker Verbrecher in Dalldorf entwickelt hatten, in deren Folge man sogar dazu übergegangen war, sich von der Criminalbehörde 2 gewiegte Gefängnissbeamte auszubitten, die gewissermaassen als Oberaufseher auf den Abtheilungen figurirten.

Ein näheres Eingehen auf *Sander's* Ansicht und seine Begründung derselben gebietet sich daher schon von selbst.

Eingeleitet wird das eben so klar wie anziehend geschriebene Buch durch einen Aufsatz *Richter's* über die mit dem Strafgesetze in Conflict gerathenen geisteskranken Männer der Irrenabtheilung der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf in den Jahren 1880—1883.

Er umfasst 190 Personen, und die Beschreibung dieser 190 Fälle, welcher die ersten 129 Seiten des Buches gewidmet sind, gibt uns doch mancherlei zu denken. Die Zahl der Fluchtversuche ist eine sehr grosse, und einem nicht kleinen Theile ist dies gelungen, während andere sich in anderer Weise unangenehm bemerklich machten, und dass man sie sich grade ausgesucht haben würde, glaube ich mit gutem Gewissen in Abrede stellen zu dürfen.

Wenigstens habe ich aus diesem Abschnitte, der im übrigen reich an interessanten Einzelheiten und das Ergebniss einer langen und eingehenden Untersuchung ist, nicht den Eindruck gewonnen, als ob die Irrenanstalt der richtige Ort für diese Art von Geisteskranken sei, so bereit ich auch bin, *Sander* zuzugeben, dass die Verhältnisse für Dalldorf besonders ungünstig liegen, und andererseits der Schaden bei einer Entweichung für gewöhnlich nicht übermässig gross ist. Es kann aber auch einmal das Umgekehrte der Fall sein.

Diese Gesellschaft von 190 etwas bedenklichen Individuen unterzieht *Sander* in seinem ersten Artikel (Zur Statistik der mit dem Strafgesetze in Conflict gerathenen Geisteskranken, S. 131—183) einer eingehenden Betrachtung, und wenn er auch in seinem Bemühen, seine Clienten in das denkbar günstigste Licht zu setzen, unwillkürlich an den Advocatus diaboli erinnert, so wird er mir diese Bemerkung hoffentlich nicht übel nehmen. Zunächst scheidet er von den 153 Männern und 24 Frauen, die sich am 1. Juli 1883 sowohl in Dalldorf, als in den verschiedenen Privatanstalten der Stadt Berlin befanden, und die als mit dem Strafgesetze in Conflict gekommen aufgeführt werden, 68 aus, weil ein Zusammenhang zwischen Geistesstörung und Verbrechen überhaupt nicht nachzuweisen, oder die Bestrafung schon in die Zeit der Geistesstörung gefallen war. Weitere 37 wurden bei der gerichtlichen Untersuchung als krank erkannt, und es bleiben somit nur 51 übrig, die während der Verbüssung der Strafe erkrankten. Dies stimmt mit anderen Angaben und Verhältnissen überein.

Digitized by Google

Uebrigens waren von 159 Personen 119 = 75 pCt. in schon geisteskrankem Zustande verurtheilt, und nur in 38 Fällen war der Zustand bei Gericht richtig erkannt worden, d. h. mit anderen Worten, wenn ein Geisteskranker vor Gericht kommt, so ist die Chance, dass er richtig beurtheilt wird, wie 1 : 3. Von 15 Paralytikern ereignete sich dies nur bei 4!

Unter den in Anstalten befindlichen Irren Berlins fanden sich 6 mal so viele Personen, die eine gerichtliche Untersuchung durchgemacht hatten, als wie dies in der gesunden Bevölkerung Preussens der Fall war, und *Sander* sieht darin einen ziffernmässigen Ausdruck der bekannten irrenärztlichen Erfahrung von der nahen Beziehung zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen.

Und ebenso wie quantitativ ist die Criminalität bei den Geisteskranken auch qualitativ eine erhöhte.

Von den oben erwähnten 153 Männern waren 28 Gewohnheitsverbrecher, von den 24 Frauen 5.

Von den ersteren erforderten besondere Sicherheitsmaassregeln 23, von den Frauen nur 2.

Aber nur bei 15 Männern, d. h. bei 8 pCt., nimmt *Sander* an, dass sie störender und gefährlicher gewesen, als andere nicht mit dem Strafgesetz in Conflict gekommene Männer. Die Frauen kommen hier überhaupt gar nicht oder doch nur nebenbei in Betracht. Ist dies richtig, so schmilzt jene grosse Zahl ganz gewaltig zusammen und wir werden fernerhin mit viel kleineren Grössen rechnen müssen. Denn nicht die grosse Masse der Sträflinge ist es, die störend wirkt, sondern nur ein geringer Bruchtheil, von 8 pCt. wie *Sander* nachzuweisen sucht, und für diese bedarf es alsdann keines so complicirten Apparates, jedenfalls ist die Noth nicht so gross, wie man meist anzunehmen geneigt war.

Die weiteren Ausführungen *Sander*'s und seine Gründe, weshalb er die Nothwendigkeit besonderer Maassregeln durch den Zustand und das Verhalten dieser Kranken nicht für geboten erachtet, sind von ganz hervorragendem Interesse, müssen aber im Originale nachgelesen werden.

Ich möchte dies überhaupt empfehlen, und am allerwenigsten kann es mir beikommen, das Studium des Buches durch ein Referat überflüssig zu machen. Dasselbe enthält eine solche Fülle geistreicher Bemerkungen und ist so reich an interessanten Untersuchungen, dass man es nicht ohne Vortheil aus der Hand legen wird, mag man sich zu der Sache selber stellen, wie man will.

Denn Vieles, ja das Meiste ist hier am Ende doch Ansichtssache und Sache der persönlichen Ueberzeugung, die je nach der Stellung des Beurtheilenden eine wesentlich verschiedene sein wird. Ich wenigstens kann mich so ohne weiteres mit der Anschauung des Verfassers nicht einverstanden erklären, wenn er der Meinung ist, dass sich die Irrenärzte den irren Verbrechern gegenüber nicht anders zu verhalten hätten, wie gegen die übrigen Irren, und durch geeignete Einrichtungen und sachgemässes persönliches

Digitized by Google

Eingreifen des Arztes alle Nachtheile und Gefahren, die der Aufenthalt der geisteskranken Verbrecher in der Anstalt mit sich führt, vermieden werden könnten. Wie gesagt, ich möchte diese Behauptung nicht ohne eine gewisse Reserve unterschreiben, obwohl ich die weitere Bemerkung *Sander's* auch für mich in Anspruch nehme, über das Interesse der eigenen Anstalt das Wohl der Irrenpflege im Allgemeinen nicht aus dem Auge zu lassen.

Vielleicht macht mir dies um so weniger Schwierigkeiten, als ich mich nicht erinnern kann, dass ich jemals durch die Anwesenheit geisteskranker Verbrecher Schwierigkeiten oder dergl. gehabt hätte. Wohl aber zwingt uns *Sander's* Vorgehen, die ganze Frage nach dem Wohin mit den geisteskranken Verbrechern nochmals einer eingehenden Prüfung zu unterwerfen, und dabei seiner Anschauungsweise mehr Rechnung zu tragen, als wie dies bisher geschehen ist. Denn das gebe ich ihm ohne weiteres zu, dass das Bestreben der Irrenärzte, gemeingefährliche geisteskranke Verbrecher aus ihren Anstalzen fern zu halten, der vorurtheilslosen Prüfung der Frage nicht grade förderlich gewesen ist.

Und wenn sie gar, wie dies bei einzelnen Anstalten geschehen sein soll (Marburg, Alt-Scherbitz), von der Aufnahme ausgeschlossen werden, so mag dieses Verfahren für die betreffenden Anstalten zwar recht angenehm sein, enthält aber ein Unrecht gegenüber den anderen, die nicht so bevorzugt sind.

Auch darin stimme ich mit *Sander* völlig überein, dass die englischen Verhältnisse für uns nicht maassgebend, und die Erfahrungen, die man dort gemacht, ohne Weiteres für uns nicht verwendbar sind. Hierzu ist die beiderseitige Anschauungsweise eine zu grundverschiedene.

Aber selbst alles zugegeben, was *Sander* zu Gunsten der irren Verbrecher vorbringt, so bleibt doch ein genügend grosser Rest zurück, der störend wirkt und wirken muss, und wer will es uns verdenken, wenn wir uns dagegen sträuben, die Natur- oder Kunstproducte der Gefängnisse in unsere Anstalten aufzunehmen und darunter zu leiden? Die Vorschläge, wie diesem Uebelstande abzuhelfen sei, lassen sich im Wesentlichen dahin zusammenfassen, dass man isolirte Specialanstalten oder Annexe an bestehende andere Anstalten in Aussicht genommen hat, wobei charakteristisch genug die Gefängnissbeamten diese Kranken den Irrenanstalten zuschieben, während wir unsererseits die Lösung der Frage zwar ebenfalls in Annexen sehen, die sich aber nicht an Irrenanstalten, sondern an Gefängnisse oder, das neueste, an — übrigens zur Zeit noch gar nicht bestehende — Invalidengefängnisse anschliessen sollen.

Auch *Zinn* hat auf der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Eisenach 1882 für die chronischen Fälle derartige Irrenabtheilungen in Invalidengefängnissen vorgeschlagen, während die mehr acut verlaufenden Fälle in den Strafanstalten verbleiben sollen. Thatsächlich wird eine jede Anhäufung derartiger Elemente ihre grossen Schattenseiten haben, und meine persönlichen Erfahrungen sprechen nicht gerade zu Gunsten einer

Digitized by Google

solchen Concentrirung, mag sie nun in einem Specialasyle oder in einem sogenannten Annexe vor sich gehen.

Nur in so fern möchte ich mich gern den Vorschlägen *Sander's* anschliessen, wenn er in seiner letzten Abhandlung, „Sind besondere Anstalten für die geisteskranken Verbrecher nothwendig?" pag. 379 sagt:

Mögen sie (d. h. die geisteskranken Verbrecher) auch manche Störungen mit sich bringen, so sind diese doch quantitativ und qualitativ nicht so hoch anzuschlagen, um ihnen gegenüber ein anderes Verfahren, als den anderen Geisteskranken gegenüber, einzuhalten. Die freiere Entwickelung der Irrenanstalten wird durch sie nicht geschädigt werden, wenn man nicht darunter eine schablonenmässig gleiche Behandlung aller Geisteskranken versteht, oder sie durch Entfernung der schwieriger zu behandelnden Kranken zu einer nur scheinbaren machen will. (S. 377.) Wenn bei kleinen Anstalten ein bis zwei Räume derjenigen Abtheilung, die für die Gefährlichen und Störenden überhaupt bestimmt sind, mechanisch etwas stärker befestigt werden, wenn bei grösseren Anstalten ein verhältnissmässig kleiner Anbau derselben Abtheilung (Annex?) mit ein wenig stärkeren mechanischen Hülfsmitteln ausgerüstet wird, so braucht dadurch der Charakter der übrigen Gebäude und Räumlichkeiten nicht im Geringsten gestört zu werden, es werden sich im Uebrigen die anderen Patienten nicht im Geringsten schlechter befinden, und es wird die Humanität der Aerzte und des übrigen Personales wohl nicht Schaden leiden. Erhöht man dann, was viel wichtiger ist, auch in dynamischer Hinsicht die Aufsicht, sorgt man für gute Schulung des Personals, für sorgfältige Ueberwachung, schenkt der Arzt vor allen Dingen selbst dieser Abtheilung mehr Aufmerksamkeit und erhöht er hier die Controlle und Oberaufsicht, und lässt er diesen Kranken eine sachgemässe, humane aber ernste Behandlung zu Theil werden, so dürfte es sich im Allgemeinen wohl ermöglichen lassen, auch die irren Verbrecher in der Anstalt zu halten, ohne zu allzu schweren Schäden für die Anstalt oder für die öffentliche Sicherheit Anlass zu geben."

Dass ich aber so ganz und gar von dieser Lösung der Frage entzückt wäre, um mir nicht wenigstens die Möglichkeit eines anderen und unseren bisherigen Anschauungen entsprechenden Ausweges offen zu halten, das kann ich nicht behaupten. Welcher Art dieser aber sein soll, das müssten weitere Berathungen ergeben.

Um so entschiedener aber gebe ich *Sander* in dem Recht, was er von der Prophylaxe sagt.

Mag die Entscheidung ausfallen wie sie wolle, eine Hauptaufgabe muss darin bestehen, die Kunstproducte zu verhindern, wie sie durch Strafe und langjährige verkehrte Behandlung in den Strafanstalten hervorgebracht und uns dann zugeschickt werden. Was *Sander* in dieser Beziehung über die Behandlung irrer Verbrecher in den Gefängnissen anführt, verdient volle Beachtung.

Den Geistesschwachen und besonders auch den Epileptischen mu[illegible]

Digitized by Google

ihrer Jugend eine grössere Fürsorge zugewendet werden, und auf die psychiatrische Ausbildung der Aerzte ein höherer Werth gelegt werden.

„Vor allem aber müsste, so schliesst *Sander* diesen Absatz (pag. 400) ein ebenso psychiatrisch ausgebildeter Arzt auch den Untersuchungsgefängnissen wenigstens den grösseren, beigegeben sein. Der Richter möge ebenso wie der Strafanstaltsbeamte seine Aufmerksamkeit mehr als bisher dem Geisteszustande der Angeschuldigten und Sträflinge, namentlich der jugendlichen, zuwenden, und etwas weniger Besorgniss vor Simulation haben. Dies sind die Mittel, welche Staat und Gemeinden anzuwenden haben, um der „Ueberfluthung" der Irrenanstalten durch die störenden irren Verbrecher vorzubeugen; sie werden bei verhältnissmässig geringem Aufwande, wenn auch allmälig, so doch sicher den Uebelständen in geeignetster Weise abhelfen, und fallen dabei in den Rahmen der Fortschritte, die Psychiatrie und Socialwissenschaft überhaupt zu machen haben.

Nicht Specialanstalten, sondern Specialärzte!

Wenn alsdann der Strafanstaltsarzt an psychiatrischen Kenntnissen allen Anforderungen genügt, dann könne man ihm die Behandlung geisteskranker Verbrecher getrost überlassen, wie andererseits die uns zugesandten ohne grosse Besorgnisse übernehmen." So weit *Sander*.

Ich fürchte nur, dass trotz dieser verführerischen Aussichten recht viele Kollegen meinen Wunsch theilen werden, die Strafanstaltsärzte möchten sie sammt und sonders gesund machen, oder doch für sich behalten, uns aber davon so wenige wie möglich zusenden.

Wenn hiermit auch im Wesentlichen der Gedankengang des *Sander*'schen Buches wiedergegeben sein möchte, so ist der Inhalt desselben damit jedoch keineswegs erschöpft, vielmehr nur angedeutet. Der 10 Gutachten über schwieriger zu beurtheilende Fälle von Geistesstörung (Abschnitt III. pag. 185 bis 282) und des Gutachtens über zwei der Simulation verdächtige Verbrecher (Abschn. IV. pag. 283—326) ist dabei gar nicht gedacht, manches wurde nur gestreift, und wenn ich zum Schlusse noch die treffenden Bemerkungen *Sander*'s über Simulation, über die Ueberhebung der Juristen und die Stellung des Sachverständigen vor Gericht besonders hervorhebe, so geschieht dies nur in der bestimmten Absicht, damit zum Lesen des Buches selber aufzufordern. Ich müsste es bedauern, wenn meine kurze Besprechung den Eindruck hervorgebracht hätte, als handele es sich lediglich um die Frage des Wohin mit den irren Verbrechern, dies ist nicht der Fall, und dem Titel „die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen" werden die Verfasser voll und ganz gerecht.

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Ein blinder Taubstummer vor Gericht [1]).

Von

Dr. *R. Schroeter*-Eichberg.

Taubstumme waren in früherer Zeit zu gerichtlichen Verhandlungen nicht heranziehbar, sie können auch zur Zeit nicht ohne Weiteres gerichtlich vernommen werden, sei es um als Zeugen durch ihre Aussage der Meinung des Richters in crimineller Beziehung zum Vortheil oder Nachtheil eines anderen eine bestimmte und wo möglich zuverlässige Richtung zu geben, oder andererseits um im Interesse der eigenen Person oder eines Dritten in einer nur vor Gericht zu verhandelnden Angelegenheit als geistig vollwichtiges Individuum Bestimmungen zu treffen und dergleichen. Endlich nach der Seite hin, um für die eigenen begangenen gesetzwidrigen Handlungen als verantwortlich zu gelten. Ein concreter Fall veranlasst mich heute, gerade auf diesen letzten Punkt besondere Rücksicht zu nehmen.

Die Deutsche Strafprocessordnung nimmt Bezug auf die Taubstummen im 7. Abschnitt und bringt dieselben in enge Beziehung zu Personen, welche das 18. Lebensjahr noch nicht erlangt haben. § 298 lautet: Hatte ein Angeklagter zur Zeit der That noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet, so muss die Nebenfrage gestellt werden, ob er bei Begehung der That, die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen habe.

Dasselbe gilt, wenn ein Angeklagter taubstumm ist.

In civilrechtlicher Beziehung bestimmte das preussische allgemeine Landrecht § 15, 16 (II. 18), dass Taubstumme, die als solche geboren oder es vor dem 14. Lebensjahre geworden sind, oder welche sich durch Zeichen nicht verständlich machen können, bevormundet werden müssen. Nach § 81 der preussischen Vormundschaftsordnung vom 5. Juli 1875 sollen Grossjährige einen Vormund erhalten, wenn sie taubstumm oder blind und hierdurch an Besorgung ihrer Rechtsangelegenheiten gehindert sind.

[1]) Vortrag in der Vers. der Rhein. Irrenärzte zu Bonn am 11. Nov. 1885.

Digitized by Google

Die Deutsche Civilprocessordnung hat die verschiedenen landesgesetzlichen Bestimmungen darüber ausser Berührung gelassen. Das Sächsische Gesetz z. B., die Entmündigung und die Bevormundung Geisteskranker, Gebrechlicher und Verschwender betreffend, vom 20. Februar 1882, II. § 4 lautet: Taubstumme, welche sich durch verständliche Zeichen nicht ausdrücken können, sind zu bevormunden. Taubstummen, welche sich durch verständliche Zeichen ausdrücken können, ingleichen blos tauben oder blos stummen, blinden, gebrechlichen, geistesschwachen oder anderen Personen, welche wegen ihres körperlichen oder geistigen Zustandes der vormundschaftlichen Fürsorge bedürfen, können auf ihr Verlangen, oder wenn das Vormundschaftsgericht nach gerichtsärztlicher Untersuchung es für nöthig hält, im Allgemeinen oder für einzelne Angelegenheiten oder für einen bestimmten Kreis von Angelegenheiten Vormünder bestellt werden. Civilrechtliche Fälle, Taubstumme betreffend, sind gewiss nur wenige publicirt. Ich finde aus der älteren Zeit nur den einen in *Henke*'s Zeitschrift für Staatsarzeikunde (31. Band 1836): Gutachten über die Geistescapacität eines Taubstummen, hauptsächlich in Beziehung auf das Motiv seines Entschlusses, nach Amerika auswandern zu wollen. Es handelte sich hierbei um einen 46jährigen, nicht in einem Institut unterrichteten Taubstummen, wobei eine unterrichtete Taubstumme mit ihrer Mutter als Mittelsperson hinzugezogen war. Aus den letzten Decennien vermag ich in crimineller Beziehung aus unserer Literatur auch nur einen Fall aufzufinden, wo ein Taubstummer wegen eines Verbrechens (der Brandstiftung) angeklagt war. *Casper*'s Vierteljahresschr. f. gerichtl. Medicin. Bd. 22. S. 136.

Die fortschreitende Entwickelung des Taubstummenwesens in Deutschland macht es möglich, dass von Jahr zu Jahr der Segen eines guten Unterrichts sich auf weitere Bezirke ausdehnt und dass immer mehr Taubstumme eine gute geistige Erziehung bis zu einer gewissen Höhe der Ausbildung erlangen. Denn als zu erreichendes Ziel des Unterrichts setzen im Allgemeinen jene Institute fest: 1) die Befähigung zu mündlichem und schriftlichem Verkehr in der Wortsprache und 2) Mittheilung derjenigen Kenntnisse und Fertigkeiten, welche das bürgerliche und kirchlich religiöse Leben verlangen.

Die Art des Unterrichts der Taubstummen kann nicht gleich gestellt werden dem Massenunterricht in Elementarschulen, sondern er ist im Wesentlichen ein Privatunterricht, weil jedes einzelne Kind ganz besonders und ganz allein jeden Schritt aufwärts machen muss. Das Resultat der Schulbildung ist demgemäss auch ein solches, welches über den allgemeinen Durchschnitt der Elementarschule hinausreicht.

Machen wir nun schon bei dem Schüler der Elementarschule die Voraussetzung, dass nach seinem Abgange aus der Schule das dort Angelernte durch Beobachtung und Erziehung weiter reifen und Verwerthung im practischen Leben finden müsse, so dass der Bestand an Kenntnissen durch Uebung, Belehrung und allerhand Anregungen von aussen den Forderungen

Digitized by Google

des practischen Lebens entsprechend gemacht und auf eine höhere Stufe erhoben werden müsse, so gilt das mindestens in demselben Maasse auch von den in Taubstummeninstituten Erzogenen. Nur wird es häufig, etwa in gewissen bäuerlichen Kreisen, an Persönlichkeiten fehlen, welche in geeigneter Weise durch Verkehr mit den Taubstummen, nach ihrer Heimkehr aus dem Institut, nicht blos deren Bestand von Schulkenntnissen im Allgemeinen festzuhalten, noch viel weniger denselben vermöge des ihnen inne wohnenden Grades von Intelligenz, geistig zu beleben und auszubilden im Stande sein werden. In höherem Maasse dürfte das in Bezug auf Weiterentwickelung der höheren sittlichen Gefühle und Vorstellungen gelten und von deren Befestigung im Bewusstsein des Menschen, während gerade der Besitz derselben dem Charakter des Menschen sein Gepräge aufdrückt, seinen Handlungen den richtigen Impuls verleiht und sie in verständige Richtung leitet.

Ist ferner ein mit gesunden Sinnen gesegneter Mensch dann wenn Mangel an entsprechenden geistigen Anregungen und fördersamem Verkehr eintritt, bevor er die völlige geistige Reife erlangt hatte, der Gefahr eines Rückganges von wichtigen Theilen seiner vorher erlangten geistigen Ausbildung ausgesetzt, so gilt das in höherem Grade für Taubstumme und zumal dann, wenn noch andere nachtheilige Momente hinzutreten. Ich will hierbei besonders an auftretende Blindheit erinnern. Die Schwierigkeit der Verständigung mit einem blinden Taubstummen wächst in hohem Grade, zumal dann, wenn er in der Umgebung von wenig intelligenten Leuten leben muss. Aber fortan geht ihm mit dem Mangel an sinnlicher Umschau und Beobachtung auch ein gutes Theil der geistigen Umschau und Kritik verloren. Mit Verlust des Hauptsinnes für die Bildung und Belebung von Vorstellungen wird je länger je mehr auch eine geistige Einbusse sich geltend machen und wohl rascher bei einem Taubstummen, der mit Leuten zusammen zu leben genöthigt ist, die wenig erfinderisch sind, um diesem ihrem unglücklichen Mitmenschen bei der mit demselben fernerhin in so schwierigem und geringem Grade möglichen Verständigung noch genügende geistige Anregungen zuzuführen.

Mein Urtheil über die angeregte Frage begründet sich hauptsächlich auf einen Taubstummen, der guten Unterricht genossen hatte, aber allmälig erblindet war, und den ich als Sachverständiger von Gerichtswegen vor dem Schwurgericht in Limburg zu begutachten hatte, und auf meine Wahrnehmungen während des Unterrichts in einem staatlichen Taubstummeninstitut und auf Vergleiche gelegentlich der Prüfungen an Elementarschulen. Ich referire den ersteren Fall im Wesentlichen kurz, da ich mir eine besondere Mittheilung meines Gutachtens vorbehalte.

Ein circa 50jähriger Taubstummer Namens Ax aus Laubuseschbach wurde als Zeuge vor das zuständige Gericht geladen, um über seine Wahrnehmungen vernommen zu werden, betreffend die Entstehung eines Schadenfeuers, welches das Haus seines Schwagers, in welchem er mit wohnte, und das Wand an Wand anliegende Haus eines Försters betroffen hatte. Auf letzterem blieb

Digitized by Google

der Verdacht der Brandstiftung sitzen. Auf Ax ruhte kein Verdacht, weil er stets ängstlich vor Feuer und um die Zeit des Ausbruches des Brandes auch in seinem sonstigen Wesen in keiner Weise auffällig erschienen war, während er vorher Manchem und zu manchen Zeiten boshaft, jähzornig und selbst geistesschwach vorkam. Er hatte in der Knabenzeit sechs Jahre lang das Taubstummeninstitut zu Camberg mit gutem Erfolg besucht und von seinem Vater die Schreinerprofession mit Vortheil erlernt. Nach dem Tode des Vaters verblieb er bei dem Schwager, da seine Schwester das Haus geerbt hatte, während ihm ein Stück Land zugefallen war. Seit 18—20 Jahren war er allmälig erblindet. Mit einem Taubstummenlehrer als Dolmetscher vor Gericht geladen, äussert nun Ax, über die fragliche Sache vernommen, zur allgemeinen Ueberraschung, dass er selbst jenes Feuer angezündet habe. Er schreibt das selbst klar und deutlich mit Kreide auf den Gerichtstisch und giebt eine umständliche Beschreibung aller näheren Umstände dabei, die durchaus glaubwürdig erschien. Er berichtet auch wahrheitsgetreu über die Zeit und über die günstige Gelegenheit, weil der Schwager seit früher Morgenstunde auf der Grube war, dessen ältere Tochter das soeben bereitete Mittagessen dahin trug, während deren kleinere Geschwister aus der Schule noch nicht heimgekehrt sein konnten.

Mit obiger Aussage trat der Ax aus der Position eines Zeugen in die eines Verbrechers. Der Director des Taubstummeninstituts, zu einem Gutachten darüber aufgefordert, ob der pp. Ax bei Begehung der That die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen habe? bejaht die Frage. So hoch schätzt jener Director die durch den Unterricht in seinem Institute erlangte intellectuelle und sittliche Ausbildung, freilich ohne Berücksichtigung der anderen dabei in Betracht kommenden wichtigen Momente. Ich muss hierbei erwähnen, dass der qu. Ax in einem ärztlichen Gutachten vom Jahre 1870, im Interesse einer Vormundschaft als geistesschwach bezeichnet wird. Aber das Gutachten gründet sich einzig und allein auf den Umstand, dass der Arzt nicht im Stande war, mit dem Provocaten zu verkehren. Ersterer hatte eben keinen Taubstummenlehrer, wie es nöthig war, zur Verständigung hinzugenommen. Psychiatrisch gültige Beweismittel aber für einen abnormen Geisteszustand hat er überhaupt nicht eines angeführt.

Die Beurtheilung der mir vorgelegten Frage, ob der pp. Ax die Einsicht in die Strafbarkeit seiner Handlung besessen habe, stützte sich auf die Einsicht des Aktenmaterials, auf den körperlichen und psychischen Befund, überhaupt auf das Gesammtverhalten des Angeklagten am Tage vor der Schwurgerichtsverhandlung und während dieser selbst.

Anamnestisch führe ich nur folgende Punkte noch an:

Die Eltern waren gesund, dagegen soll die Grossmutter von Mutters Seiten geistesschwach und schwachsichtig gewesen sein. Der Angeklagte wurde taubstumm geboren, entwickelte sich aber sonst normal als intelligenter Knabe und vermöge der Erziehung im Taubstummeninstitut zu Cam-

Digitized by Google

berg zum geschickten Tischler, der im Ganzen gut beleumdet war. Seit 18 bis 20 Jahren erblindete er nach und nach, war nach dem Tode der Eltern in Kost und Wohnung bei seinem Schwager, dem also das Haus gehörte, und verdiente sich nebenbei nur noch eine Kleinigkeit mit Rechenmachen.

In Betreff des Status praesens beschränke ich mich auf die Bemerkung, dass der Ax in seinem äusseren Auftreten unsicher und vorsichtig erschien (Blindheit!), dass der Schädel in seinen Durchmessern etwas kleiner war, bei sonst regelmässigen Formen, dass der Gesichtsausdruck benommen, sonst aber aufmerksam war und der Blick matt und in's Leere gerichtet blieb, bei vorhandenem Strabismus ext. mittleren Grades. Sonstige hervortretende Störungen, namentlich der Motilität oder Sensibilität, der Haut- und Sehnenreflexe und dergleichen wurden von mir am Körper nicht wahrgenommen.

Auf die an ihn durch Einschreiben mittels eines Griffels in die Hand durch den Director des Taubstummeninstitutes gerichteten Fragen, welche möglichst einfach und jedesmal vorher genau formulirt waren, gab er meist kurze und correcte Antworten. Dieselben wurden ebenfalls den Geschworenen etc. regelmässig vorgezeigt. Einigemale kam er dabei in Affect und mehrmals zitterte die Hand stark beim Niederschreiben. Wenn er über die Fragebeantwortung hinausschrieb, kam vorwiegend verworrenes Zeug zu Tage. Er führte einfache Rechenoperationen aus, kannte im Allgemeinen die Münzen, nannte als Landesfürst den Kaiser, wusste, wann dessen Geburtstag war, äusserte ein einfaches Urtheil über die Vorgänge in seiner Umgebung, taxirte ein Stück Vieh richtig u. s. w. Er wusste aber z. B. nichts vom letzten deutsch-französischen Krieg, sondern kam stets bei ähnlichen Fragen auf Russen und Türken. Auf die Frage, ob er noch etwas zu verdienen vermöge, zeigte er mit kindlichem Stolz ein Zweimarkstück vor. Die Angaben über seine Thäterschaft wiederholte er in ganz ähnlicher Weise wie vorher und machte eine Beschreibung des Vorganges in's Kleinste hinein an der Thür. In der Nachmittagssitzung, darauf aufmerksam gemacht, wo er jetzt sei, leugnete er auf einmal alle Thäterschaft ab und wollte fort. Auf die an ihn gerichtete Frage, ob er wisse, dass er ein strafbares Verbrechen begangen habe, schreibt er hin: wie viel Mark Strafe? Also ganz in der Auffassung, wie er früher in Bezug auf die Folgen seines Verbrechens sich geäussert hatte: „ist der Amtmann bös, bekomme ich Schläge? Ich werde es nicht wieder thun."

Bestimmte Motive für die That vermochte der pp. Ax nicht anzugeben. Er wiederholte blos auf Nebenfragen die falsche Annahme, dass das Haus sein Besitz gewesen, dass es zerfallen gewesen sei, dass er seit 20 Jahren keine Miethe erhalten habe, und liess durchblicken, dass er das Recht zu haben vermeine, mit dem Hause vornehmen zu können, was ihm beliebe.

Ich hob nun hervor, dass der pp. Ax als taubstummer aber intelligenter Knabe eine gute Schulbildung im Taubstummeninstitut genossen habe, dass er aber keine entsprechende Gelegenheit daheim fand, um seine gei-

Digitized by Google

stigen Anlagen weiter zu entwickeln, namentlich nicht um die höheren sittlichen und rechtlichen Vorstellungen zur Ausbildung zu bringen und zu einem festen und gesicherten Besitz in seinem Bewusstsein zu machen, welcher jederzeit und rasch und energisch sich gegenüber den gelegentlich auftauchenden contrastirenden unsittlichen und strafbaren Vorstellungen und Antrieben Geltung verschaffen konnte. Wo Gelegenheit zur Uebung fehle, pflege sich aber in der Regel ein Rückgang geltend zu machen. Das um so mehr, wo die Ausbildung erst in ihren Anfängen geschehen wäre. Und nun vollends dann, wo wie hier seit 18—20 Jahren noch ein Sinn in Verlust kam und noch dazu einer, der so ungemein wichtig für die geistige Umschau und für eine Kritik sei. Waren ihm auch die Begriffe von Gut und Böse in der Schule beigebracht, so fehlte ihm doch später die volle Erkenntniss von Wesen und Bedeutung des juridischen Rechtsbegriffes und der criminellen Strafbarkeit, die weitere Schulung im Leben bedingen. Dass er seiner Zeit gute Schulkenntnisse sich angeeignet und vielfach bewahrt habe, habe die Verhandlung mit ihm erwiesen, aber aus seinem Gesammtverhalten dabei und aus einzelnen gethanen Aeusserungen, die ich hervorhob, namentlich auch aus der Beschränktheit seines geistigen Lebens auf einen so kleinen Kreis der ihm inne wohnenden sehr einfachen Vorstellungen, und aus der Art und Weise, sie zu äussern, gehe hervor, dass er bereits nicht mehr auf der Stufe des 14- bis 18jährigen stehe, sondern auf die eines 12- bis 14jährigen zurückgegangen sei. Derartige Leistungen, wie Ax vor Gericht dargelegt habe, würden von vielen Zöglingen in Idiotenanstalten noch übertroffen. Aus mancherlei Momenten bei der Verhandlung mit ihm sei ersichtlich, wie schwach seine Urtheilskraft sei. So z. B. daraus, dass er bei sonst dargelegtem befriedigenden Erinnerungsvermögen, auf einmal seine Thäterschaft ableugnet, nachdem er vorher wiederholt umständlich und mit Genauigkeit die Vorgänge bei seiner That selbst beschrieben hatte. Ferner aus der Annahme, dass er mit ein paar Mark Strafe die Sache beilegen könne u. s. w.

Ich musste zu dem Schlusse kommen, dass hier der geistige Befund sich als Schwachsinn äussere, wesentlich infolge Zurückbleibens und theilweisen Zurückgehens auf eine infantile Stufe der geistigen Entwickelung. Der Angeklagte sei zwar im Stande, Handlungen zu überlegen, sei aber nicht mehr dazu befähigt, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Wegen Störung seiner Geistesthätigkeit habe er die Einsicht in die Strafbarkeit seiner Handlung nicht besessen.

Staatsanwalt und Vertheidiger schlossen sich diesem Gutachten an, die Geschworenen gaben ein entsprechendes Verdict, und das Gericht sprach den Angeklagten von der erhobenen Anklage frei. Seine Aufnahme in die Landes-Irrenanstalt steht bevor.

Ich füge zu obigem Falle nur die Bemerkung bei, dass der Director des Taubstummeninstituts vor einer Reihe von Jahren auf den pp. Ax gelegentlich aufmerksam gemacht, sich in sehr freundlicher Weise um diesen erblin-

Digitized by Google

deten Taubstummen bemühte. Es gelang ihm durch Sammlung ein kleines Kapital zusammenzubringen. Der Ax sollte im Ort bei dem Taubstummeninstitut wohnen und in der Anstalt wieder auf einige Zeit Unterricht erhalten, um die früher dort gewonnenen Schulkenntnisse wieder aufzufrischen und zu vertiefen. Aber er war dort zu nichts zu bringen; obgleich er Vertrauen zum Director hatte, drängte er immer nur heim, so dass man endlich seinem Verlangen Raum zu geben sich entschliessen musste.

Ich muss mich schliesslich über obigen Fall dahin äussern, dass ich annehme, dass dieser Taubstumme in Anbetracht einer genügenden geistigen Begabung und infolge der genossenen guten Elementarschulbildung, auch im bürgerlichen Leben zu entsprechender Entwickelung seiner höheren sittlichen Anlagen gekommen wäre, wenn er nachher in eine intelligentere Umgebung versetzt werden konnte, und namentlich wenn er nicht des Gesichtssinnes verlustig gegangen wäre.

Die „Beurlaubung" in den Irrenanstalten.

Von Dr. *E. Kessler,*
Director der Grossherzoglich Sächsischen Landes-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Blankenhain i. Thür.

In dem Artikel „das Irrenwesen in Spanien" von Dr. *Schmitz* (Band XLI, S. 366 ff. dieser Zeitschrift) wird das daselbst eingeführte System der vorläufigen Beurlaubung geheilter Geisteskranken als ein Fortschritt in der Entwickelung des Irrenwesens bezeichnet (a. a. O. S. 377) und auch durch die neuerdings (1880) in Grafenberg gemachten Beobachtungen als bestätigt und empfehlenswerth befunden. Es könnte hiernach den Anschein gewinnen, als sei diese Art der Entlassung etwas ganz Neues, und müsse in Deutschland gewissermaassen noch die Probe der Brauchbarkeit bestehen. Dem gegenüber sehe ich mich veranlasst, darauf aufmerksam zu machen, dass dieses vermeintlich neue Verfahren im Grossherzogthum Sachsen-Weimar bereits seit 38 Jahren eingeführt ist. Da auch die diesseitigen zahlreichen Erfahrungen zu Gunsten dieses Systems sprechen, so wird eine Notiz hierüber am Platze sein.

Ueber die Aufnahme Geisteskranker in die 1804 zu Jena errichtete öffentliche Irrenanstalt erschien unter der Regierung des Grossherzogs Karl August am 23. Febr. 1821 ein Landesgesetz, welches die Irrenfürsorge in einer für damalige Zeit vortrefflichen Weise regelte. Dasselbe blieb über 20 Jahre in Kraft; nachdem aber im Jahre 1845 die Jena'er Anstalt als eine der ersten in Deutschland zu einer „combinirten Irren-Heil- und Pflegeanstalt" erweitert worden war, betrieb der neu ernannte Director *Dietrich Georg Kieser* die Neu-Organisation des Irrenwesens. Unter seiner eifrig[en] Mitwirkung als Mitglied des weimarischen Landtages [ein] neues Irr[engesetz]

Digitized by Google

gesetz zu Stande, welches vom 29. Mai 1847 datirt und in allen einzelnen Theilen auch heute noch in Geltung ist

Nur der Rahmen des Gesetzes hat sich inzwischen erweitert, indem zu der Jena'er Anstalt noch die doppelt so grosse Irrenabtheilung des Karl-Friedrich-Hospitales in Blankenhain hinzugekommen ist. Beide Anstalten zusammen bieten jetzt einen Belegraum für 400 Kranke.

Nach § 7 des erwähnten Gesetzes sind nun die Directoren der weimarischen Irrenanstalten befugt, ungeheilte, geheilte oder genesende Kranke zu beurlauben, „wenn sie dies für den Heilzweck förderlich und sonst unbedenklich erachten". Eine Beurlaubung darf nicht über 2 Jahre dauern. Sobald für einen genesenden Kranken mit Hülfe der Familie, des Vormundes oder der Polizeibehörde eine passende Unterkunft vorbereitet ist, verfügt der Anstaltsdirector die versuchsweise Beurlaubung, meist nur auf 1 bis 2 Monate. Während dieser Zeit wird der Kranke von dem zuständigen Physikus überwacht, bezüglich behandelt; welcher letztere an die obere Verwaltungsbehörde regelmässigen Bericht erstattet. Je nach dem Inhalt dieser Berichte kann der Anstaltsdirector den Urlaub verlängern, eine anderweite Unterbringung verfügen oder später bei der Oberaufsichtsbehörde (Ministerium des Innern) die Entlassung beantragen. Wenn dagegen nach Ermessen des Physikus ein Rückfall zu befürchten steht, oder wenn schädliche, auf andere Weise nicht zu beseitigende Einflüsse stattfinden, kann die obere Verwaltungsbehörde den Beurlaubten ohne Weiteres in die betr. Anstalt zurückbringen lassen. Die Art und Weise des behördlichen Eingreifens, die Erstattung von Gutachten behufs der Urlaubsverlängerung, zur definitiven Entlassung (nach 2 Jahren) oder zum Zweck der Wiedereinlieferung sind durch eine Ausführungsverordnung vom 24. Sept. 1847 im Einzelnen geregelt. Dieses in den beiden Anstalten heute noch unverändert beibehaltene Verfahren hat in der letzten Zeit eine weitere Verbesserung dadurch erfahren, dass die freie Behandlung in der Kolonie als Uebergang aus der geschlossenen Anstalt in die volle Freiheit eingeschoben worden ist. Das Stadium der Beobachtung, ob ein genesender Kranker für den Verkehr mit der Aussenwelt taugt, wird zunächst in die Kolonie verlegt. Diese Einrichtung bietet ausserdem die Möglichkeit, dem unbemittelten Kranken durch ganze oder theilweise Mitgabe seines aufgesparten Arbeitsverdienstes eine für die erste Zeit recht nützliche Geldunterstützung zu gewähren. Den Kranken wird nämlich jede in der geschlossenen Anstalt oder in der Kolonie geleistete Arbeit vergütet, bezüglich der Betrag dafür — soweit er nicht direct zu Extrakost etc. verwendet wird — auf Specialconto gutgeschrieben. Mit Hülfe dieser oft nicht unbeträchtlichen Spargelder gelingt es natürlich leichter, dem genesenden Geisteskranken aus den niederen Ständen ein passendes Unterkommen zu bereiten oder auch die Wiederaufnahme eines kleinen Gewerbebetriebes zu ermöglichen, für den Fall, dass dies in der Familie selbst nicht geht oder wegen ungünstiger Einwirkungen nicht rathsam ist. Beiläufig sei hierbei bemerkt, dass auch die Organisation der Beschäftigung in

Digitized by Google

der Form eines eigenen von dem Anstaltsdirector geleiteten, selbständigen „Irrenarbeitsinstituts“ in den Grossherzoglich Weimarischen Anstalten auf die Initiative *Kieser*'s zurückzuführen ist und sich in einem Zeitraum von mehr als einem Menschenalter in jeder Richtung bewährt hat.

Schliesslich muss noch hervorgehoben werden, dass die von dem Herrn Berichterstatter für das „spanische Beurlaubungssystem“ vermuthete Häufigkeit der Rückfälle nach den langjährigen Beobachtungen im Grossherzogthum Weimar nicht zutrifft, dass vielmehr bei derartig Beurlaubten Recidive seltener vorkommen, als wenn der Genesene oder auch der unschädlich gewordene Blödsinnige sogleich entlassen wird und demnach unvermittelt, ohne Stütze und ohne Rückhalt den Schädlichkeiten des freien Verkehrs preisgegeben ist.

Shuttleworth, Intemperance as a cause of Idiocy [1]).

Die Beziehungen der Trunksucht zum Irrsinn haben jüngst einen ziemlich breiten Theil der Aufmerksamkeit der Laien und der Aerzte auf sich gezogen. Kürzliche parlamentarische Untersuchungen in Verbindung mit vorgeschlagener Gesetzgebung bezüglich habitueller Trinker haben dazu gedient, das Interesse des intelligenten Laienpublikums auf den Gegenstand zu lenken, während eine mehr logische Schätzungsweise der Trunkätiologie des Irrsinns (deren ersten Entwurf wir *Bucknill* verdanken) die Berufsspecialisten beschäftigt. Einige kürzlich erschienene scharfsinnige Statistiken gründen sich auf die Erfahrung grosser Anstalten, und werden ohne Zweifel dazu führen, die wissenschaftliche Genauigkeit in der Begrenzung des wirklichen Einflusses der Unmässigkeit und anderer Ursachen auf die Entwickelung von Geistesstörung zu vermehren; und in Folge dessen mögen wir auf weniger unbegründete Behauptungen über diesen Gegenstand hoffen, als wir sie zuweilen in der Literatur über gänzliche Enthaltung treffen. Die mehr directen Resultate des excessiven Trinkens, insofern es die geistige Gesundheit des lasterhaften Individuums schädigt, haben natürlich die meiste Aufmerksamkeit auf sich gelenkt; es giebt aber gewisse secundäre und erblich übertragbare Folgen, welche nicht weniger der sorgfältigen Untersuchung würdig sind. Deshalb wünsche ich jetzt Ihre Aufmerksamkeit auf den Zusammenhang zwischen Unmässigkeit bei den Eltern und Idiotie bei den Abkömmlingen zu lenken.

Ohne Zweifel ist es eine weitverstreute Ansicht, dass in einer grossen Anzahl von Fällen Idiotie die besondere Weise ist, in welcher die Sünde des Säufers auf die nächste Generation übertragen wird. Die hippokratische Beobachtung: „et patrum in natos abeunt cum semine mores“ wird von

[1]) Aus dem Nachlasse unseres so früh verstorbenen Dr. *Kind*.

Digitized by Google

Vielen unmittelbar angewandt und die verzerrten Gesichtszüge und die vorübergehende geistige Schwäche, die Folgen der elterlichen Schwelgerei, werden als bleibende Einflüsse auf den unglücklichen, unter solchen Umständen gezeugten Nachkommen angenommen.

Ich bin weit von der Verneinung entfernt, dass solche Nemesis zuweilen eintritt, ich meine aber, eine ruhige Erwägung der für die Beleuchtung des Gegenstandes geeigneten Thatsachen wird uns kaum zu der Annahme des Ausspruchs von *Foussenel* berechtigen: La plupart des idiots sont des enfants procréés dans l'ivresse bacchique.

Eine Ansicht von ähnlicher Art (scope) findet man übrigens in einem nicht wenig wichtigen Dokument, in dem „Report of Mr. *Dalrymple*'s Parliamentary Committee on Habitual Drunkness". In Bezug auf die Thatsache, dass „Trunksucht die fruchtbare Erzeugerin (parent) von Verbrechen, Krankheit und Armuth" ist, führt man als Beispiel an, dass in den Vereinigten Staaten „nahezu die Hälfte der Idioten von unmässigen Eltern entsprungen sei". Da die englische Ansicht über den Gegenstand in grossem Maasse von aus amerikanischen Quellen geflossenen Darstellungen und Statistiken beeinflusst worden ist, erscheint es nöthig, letztere ein wenig genauer zu untersuchen.

Der Paragraph in dem eben erwähnten Bericht scheint auf doppelter Autorität zu beruhen. Da ist erstlich die oft citirte, dem weiland Dr. *Howe* in Boston (U. S.) zugeschriebene Berechnung, dass „von 300 Idioten 145 trunkfällige Eltern" hatten. Zweitens ist da das Zeugniss des Dr. *Jos. Parrish* von Philadelphia, abgegeben vor dem Parlamentscomitee, „dass ein sehr grosser Theil der Insassen der amerikanischen Idiotenanstalten, nahezu 50 pCt., in Uebereinstimmung mit dem Zeugniss der mit solchen Anstalten Verbundenen Fälle seien, die der Trunksucht zuzuschreiben seien".

Die dem Dr. *Howe* zugeschriebene Berechnung könnte in der That einem Artikel in der 34. No. des A. J. of Med. Sc. des Dr. *Jarvis* von Massachusetts nach dem 1848 der Legislat. dieses Staates überreichten Bericht entnommen sein. Die von Dr. *J.* gegebenen Ziffern differiren etwas von denen des Dr. *H.*, der in seiner Abhandlung über die „Ursachen der Idiotie" versichert, dass von 359 Idioten, von deren Eltern man unterrichtet war, 99 die Kinder von Trinkern waren. Beide Berechnungen sind indess doppelt auf ein und dasselbe Dokument, den oft citirten „Report of the Commissioners on Idiocy, appointed to Inquire into the Condition of Idiots within the Commonwealth of Massachusetts" basirt. Die statistischen Tabellen dieser Comm. werden so viel angeführt, dass sie wohl eine ausführlichere Prüfung verdienen.

Die Statistiken von Massachusett wurden 1848 durch eine Commission von 3 aufgenommen, deren leitender Geist der verstorbene Dr. *Howe* war. Sie wurde basirt auf einer Prüfung von 574 Fällen von Idiotie, ausgewählt aus 755 solcher Fälle, die von der Commission in 182 Städten zusammen

Digitized by Google

mit nahe an 400000 Bewohnern gefunden waren. Mr. *Enos Stevens* — der soweit ich unterrichtet bin, ein Phrenolog, aber kein Arzt war — war mit der Zählung der Mehrzahl der Fälle in ihrer eigenen Heimath und der Prüfung ihrer Lage beauftragt. Tabellen über die physische und geistige Beschaffenheit von 574 Fällen wurden von der Commission veröffentlicht und in dem Edinburger Abdruck (der allein jetzt für allgemeine Berichte nutzbar ist) finden wir neben der Summe der Resultate eine vollständige Tabelle über 45 dieser Fälle. In Bezug auf 11 derselben ist constatirt, dass die Eltern unmässige Gewohnheiten hatten; aber es ist bezeichnend, dass in 10 dieser Fälle sie so beschrieben werden, wie „nicht in rein normalem Gesundheitszustande" und in jedem dieser 10 Fälle werden die Nachkommen sowohl als scrophulös, wie idiotisch beschrieben. 6 dieser Fälle nur sind unter 21 J. alt, die anderen 5 erwachsen, der älteste 59; unverkennbar lässt sich bei diesen die Frage nach der elterlichen Beschaffenheit nur schwer beantworten.

Die Tabellen von Massachusetts geben uns unglücklicherweise keinen besonderen Aufschluss über die hereditäre Neigung zur Erkrankung, Verwandschaftsheirath etc., die doch als beihelfende Ursachen angesehen werden; aber in den Tabellen von Connecticut, die nach einem ähnlichen Plane eingerichtet und von den State Commissioners im Jahre 1856 erhoben sind, ist die Untersuchung auf diese Punkte ausgedehnt. Da werden wir finden, dass von 30 7 Kinder von unmässigen Eltern sein sollen; aber zu bemerken ist, dass in 2 Fällen hinzugefügt ist, dass die Eltern schwindsüchtig waren, in 1, dass sie Cousins waren, in 2 sind sie als unter dem Mittel der Intelligenz stehend beschrieben, in 1 als im Zustand schwacher Gesundheit, während in einem 7. Falle die Existenz von idiotischen Cousins bemerkt ist. Sicher ist hier eine Reihe von concurrenten Ursachen dargestellt, die uns behutsam machen müsste, das Trinken als die Hauptursache der Idiotie auf die Autorität dieser und anderer amerikanischen Statistiken hin anzunehmen.

Der Beweis von Dr. *J. Parrish*, früher Vorsteher einer Idiotenanstalt, aber jetzt eines Asyls für Trunksüchtige, könnte auf Eindrücken zu beruhen scheinen, die von denen in Amerikanischen Anstalten für die Erziehung der Idioten abgeleitet sind. Ich habe selbst neulich Gelegenheit gehabt, alle wichtigsten Anstalten der Art in den Staaten zu besuchen, und ich bin zu sagen genöthigt, dass ich nicht im Stande war, eine Concurrenz zu der von *Parrish* angezeigten Meinung hervorzulocken.

In der That ist mir nach methodischer Besprechung des Gegenstandes mit den geehrten Vorstehern dieser Anstalten der Eindruck geblieben, dass die elterliche Trunksucht im Allgemeinen als ein nicht gerade bedeutender Factor bei der Erzeugung der Idiotie angesehen wurde. Nur in einer Anstalt in Frankfort, Kentucky, wurde mir gesagt, dass ein beträchtlicher Theil der Insassen Kinder unmässiger Eltern seien. Wo irgend in den Anstaltsberichten eine Tabelle der wahrscheinlichen Ursachen gegeben ist, ist der Procentsatz der der Unmässigkeit zugeschriebenen sehr gering. So sprach

Digitized by Google

Dr. *Wilbur* in dem Illinois State Idiot Asylum nur in 8 Fällen von 365, bei welchen die Ursache der Idiotie berichtet war, die Trunksucht der Eltern als Ursache an.

Die Amerikanischen Statistiken sind indess nicht die einzigen Unterlagen für die wissenschaftliche Würdigung des Gegenstandes. Während des letzten Vierteljahrhunderts ist in diesem Lande viel für die Klasse der Idioten gethan und die besonderen Umstände der Geschichte dieser Fälle sind erhoben und notirt worden. Bezüglich der Erfahrungen der ältesten und grössten dieser Anstalten, Earlswood, sagt Dr. *Grabham*, der Vorsteher, dass von 800 von ihm tabellirten Fällen nur in 6 die Unmässigkeit als wahrscheinliche Ursache bezeichnet ist, und in 2 derselben bestand auch erblicher Irrsinn. Dies ist ein Gegenstand, über welchen glaubwürdige Berichte zu erlangen natürlich sehr schwierig ist; aber im Royal Albert Asylum, welches während der letzten 7 Jahre 418 Fälle von Idiotie aufgenommen hat, ist ein beharrlicher Versuch gemacht worden, um sich zu vergewissern, ob die Eltern der Aufnahmecandidaten mässig sind oder nicht. Das allgemeine Resultat solcher Untersuchungen ist in den Case-books eingetragen und aus der Prüfung der Geschichten von 200 m. und 100 w. congenitalen Idioten sind die folgenden Statistiken abgeleitet:

Von 200 m. hatten 9 unmässige Eltern, die so classificirt sind: 7 unmässige Väter, 1 unmässige Mutter und 1 beide Eltern unmässig. Von 100 w. hatten 7 unmässige Eltern, von denen waren in 2 Fällen die Mütter unmässig und in 5 die Väter.

Von den 300 Kranken hatten 16 unmässige Eltern, 8 derselben werden als habituelle und 8 als gelegentliche Trinker beschrieben.

Wenden wir die Methode des Dr. *Bucknill* zur Schätzung der Trunkätiologie des Irrsinns auf die Prüfung dieser Fälle an, so können sie in die folgenden Klassen eingetheilt werden:

	männl.	weibl.	Summa
Klasse A. Elterliche Unmässigkeit die directe oder einzige festgesetzte Ursache	4	5	9
Klasse B. Elterliche Unmässigkeit, complicirt mit erblicher Neigung zu Geisteskrankheit oder Nervenleiden	2	0	2
Klasse C. Elterliche Unmässigkeit, complicirt mit verschiedenen physikalischen Umständen, unter welchen die Eltern litten, z. B. schlechte Gesundheit, Phthisis und Blutsverwandschaft	1	2	3
Klasse D. Elterliche Unmässigkeit, complicirt mit widrigen Seelenzuständen und Erregung oder Angst der Mutter während der Schwangerschaft . .	2	0	2
	9	7	16

Zu bemerken ist, dass die 300 Fälle congenitale oder solche Fälle waren, bei welchen die Idiotie als eine frühe Folge von Anfällen während

Digitized by Google

der Dentition beobachtet wurde, zu welchen die Disposition oft als wirklich congenital angesehen werden kann; Fälle aus Sturz oder einer offenbar zufälligen Ursache wurden ausgeschlossen.

Unter die widrigen physikalischen Ursachen, welche die Klasse C compliciren, sind eingeschlossen:

1) Phthisis der Mutter,

2) Blutsverwandschaft der Eltern,

3) Schwäche der Mutter und vorzeitige Geburt des Kindes.

Unter die widrigen geistigen Zustände, welche Klasse D compliciren, sind notirt:

Angst und stärkere Erregungszustände der Mutter während der Schwangerschaft.

(Der unmässige Theil ist der Vater.)

Die tabellirten Ursachen sind in directer Folge nach dem Case-books genommen, nur diejenigen sind ausgeschlossen, von denen keine genügende Geschichte erlangt werden konnte. Richtig ist es hinzuzufügen, dass arme Fälle nicht eingeschlossen sind, und dass mit wenig Ausnahmen die Fälle nicht epileptisch waren. Diese Umstände sollten im Sinne behalten werden, wenn man Vergleiche mit anderen Statistiken anstellen will, da unzweifelhaft habituelle Trunksucht eine gewöhnlicher Factor bei Armuth aus Idiotie ist und das Erbe eines unbeständigen Nervensystems leicht Anlass zur Epilepsie geben kann.

Ich selbst bin nicht im Stande gewesen, einen distincten Typus der Idiotie in den Fällen, die der Trunksucht zugeschoben werden, herauszufinden. Dr. *Langdon Downe* stellte der Pathological Society 1869 einen zwergigen Idioten (von der seitdem von Dr. *Hilton Fagge* unter dem generischen Namen Sporadic Cretin beschriebenen Klasse) vor, und berichtete über ihn als ein Beispiel einer Gruppe von Fällen, bei welchen die Entwickelung durch Intoxication eines oder beider Eltern zur Zeit des procreativen Actes aufgehalten worden sei. Ich für meinen Theil kann sagen, dass ich im Norden Englands noch ein gutgezeichnetes Exemplar dieses Typus angetroffen habe und überzeugt bin, dass in diesem Falle die Eltern mässig waren.

In Betracht der innigen und verlängerten Abhängigkeit des Kindes von der Mutter während der Schwangerschaft und des Säugens könnte man a priori annehmen, dass mütterliche Trunksucht mehr als väterliche bei der Erzeugung der Idiotie wirken werde. Doch sind in den oben angeführten Fällen die trunksüchtigen Väter in einer Majorität von 13 : 4. Möglicherweise kann die von einem trunkenen Ehemanne auf sein Weib während der für Eindrücke empfänglichen Periode der Schwangerschaft übermachte Angst zum Theil die Misshelligkeit ausgleichen. Ich selbst bin zu der Annahme geneigt, dass die erregten Zustände der schwangeren Mutter einen bemerkenswerthen Factor bei Erzeugung der Idiotie abgeben. In diesem Zusammenhange und auf unseren Hauptgegenstand zielend, mag es inter-

Digitized by Google

essiren, an einen Fall aus Dr. *Seguin's* classischem Werk über Idiocy zu erinnern: „Mrs. D., eine sehr feine Frau, war nicht sobald mit ihrem vierten Kinde schwanger, als sie täglich 1 Quart Branntwein zu trinken begann und so lange, ohne dass ihr Kopf jemals umnebelt gewesen wäre, fortfuhr, bis sie von einem Knaben entbunden wurde. Obgleich sie und ihr Mann entschieden schwarz waren, war ihr Kind perlweiss, mit brennendrothem Haar und idiotisch. Sie hat seitdem nie wieder Branntwein angerührt."

Welches auch die directe Wirkung des Trinkens auf den Fötus im Mutterleibe sein möge, darüber besteht wohl nur geringer Zweifel, dass ein von einer trunkenen Mutter genährtes Kind leicht eine Prädisposition zu einem Verstandesdefect erlangen werde. Da ist im Royal Albert Asylum ein wohl aussehender Knabe, dessen Mutter, selbst eine Trinkerin, ihm während des Säuglingsalters mit Bier, anstatt mit Milch nährte (so giebt wenigstens die Stiefmutter an). Die verderbliche Gewohnheit, Kinder mit Alkohol zu tränken, scheint in Schweden und Norwegen in grosser Ausdehnung zu herrschen. Dr. *Magnus Huss* erzählt uns, dass man in letzterem Lande Kinder beruhigt, indem man ihnen Linnen in Branntwein getaucht zu saugen giebt. Solche Gewohnheiten mögen zum Theil für die ausserordentliche Ausdehnung der Idiotie und des jugendlichen Wahnsinns in Schweden, wie sie *Ludwig Dahl* beschreibt, verantwortlich gemacht werden.

Zum Schluss mögen uns 2 Fragen befähigen, uns eine Ansicht über den Gegenstand zu bilden, den zu beleuchten ich mich unzureichend bestrebt habe:

1) Sind ein ungewöhnlich grosser Theil der unmittelbaren Erzeuger idiotischer Kinder unmässige Leute? und

2) Sind ein ungewöhnlich grosser Theil der Kinder von Trunksüchtigen Idioten?

In dem Lichte solcher britischen Statistiken, wie wir sie besitzen, und urtheilend nach persönlicher Beobachtung einer grösseren Zahl von mit idiotischen Kindern heimgesuchten Eltern müsste ich zögern, die erste Frage bejahend zu beantworten. In Bezug auf die zweite wird eine bejahende Antwort, meine ich, nur angemessen sein, wenn der Gegenstand umfassend (broadly) betrachtet wird. Congenitale Idiotie ist wahrscheinlich in der Regel nicht das unmittelbare Vermächtniss des Trinkers an seine Nachkommen. Zweifellos ist indess physische und geistige Degeneration in verschiedenen, aber correlativen Formen das unveräusserliche Erbgut der Nachkommen der Trinker; Scrophulose, Epilepsie, Unbeständigkeit des Nervensystems und moralische Abweichung sind vielleicht die mehr directen Vermächtnisse. Es ist indess, vorzüglich wenn die äussere Verhältnisse anhaltend ungünstig sind, nur ein Schritt mehr nöthig, um zur Idiotie zu gelangen und so wird bisweilen in starrer Buchstäblichkeit heimgesucht: „the insanity of the fathers upon the children to the third and fourth generation."

Dr. *Kind.*

Digitized by Google

Winke aus klinischen Studien der Trunksucht. Von *T. D. Crothers*, Dir. des Walmet-Asyls, Hartford, Cinn.

Ich begegne oft einer Klasse von Patienten, bei denen die Trunksucht aus keinen bestimmten Ursachen hergeleitet werden kann. Der Verlauf solcher Fälle ist ebenso dunkel, folgt ungewöhnlichen Bahnen, sehr abweichend von der Mehrzahl der Fälle. Wie gesagt, sie fügen sich keinen Regeln, sondern erscheinen regellos in ihrer ganzen Entwickelung und nach aller Symptomatologie. Dennoch wird ein eifriges Studium gewisse Umrisse entdecken, welche unverkennbar auf die Gesetze hinweisen, die den Process und Weg beherrschen. Einige dieser Fälle sind heilbar, und man fand, dass sie durch einen allgemeinen Zustand nervöser Abspannung bedingt waren, die leicht dem Restraint und der Behandlung wich. Der folgende ist einer der beobachteten Fälle der Art:

B., Kaufmann, keine Nachrichten von Nervenkrankheiten in der Familie, trank heimlich 10 Jahre hindurch, indem er um Mitternacht aufstand, in ein Privatcabinet ging, grosse Mengen Branntwein zu sich nahm und dann sich wieder zu Bett legte. Er war mässig in allen Stücken und leugnete, je geistige Getränke genossen zu haben, behauptete gänzliche Enthaltsamkeit zu beobachten, kaufte indessen jede Woche Spirituosen ein und liess sie heimlich in sein Haus bringen. Er war sehr aufgedunsen und klagte über viele nervöse Störungen, sowie Unregelmässigkeiten in den Verdauungsorganen, weigerte sich aber, geistige Getränke zu nehmen, wenn sie ihm ärztlich verordnet wurden. Er war ein wohlhabender Mann, frei von jeder Ausschweifung und scheinbar sehr vorsichtig mit seiner Gesundheit. Seiner Frau, die allein jahrelang von dem Geheimniss wusste, gab er als Grund vor, sein Herz stehe auf Einmal still und ohne Reizmittel würde es nie wieder schlagen. Wie und wann er begann geistige Getränke zu nehmen, konnte nicht ermittelt werden, man fand keine früheren Veranlassungen auf; das einzige geistige Anzeichen war, dass er vor dem Schlafengehen sehr reizbar war. Sein Arzt nahm eine nicht erkennbare Gehirnstörung an und ahnte nie etwas von Trunksucht. Er starb plötzlich an der Bright'schen Krankheit. Frühere reizende Ursachen konnten nicht festgestellt werden, und die merkwürdige Kraft, den ganzen Tag über sich des Alkohols zu enthalten und Nachts zu trinken, war sehr ungewöhnlich.

Ein anderer gewöhnlicherer Fall war der eines früheren Temperenzlers, der in guten Verhältnissen lebte und frei von jeder erkennbar reizenden Ursache. Er begann so allmälig sich mit Alkohol zu berauschen, dass er für's Erste die Aufmerksamkeit gar nicht auf sich lenkte, dann wurde er langsam immer weiter getrieben und trank sich endlich zu Tode. Was ihn dazu trieb, konnte bei einer allgemeinen Untersuchung des Falles nicht bestimmt werden.

Solche Fälle werden nicht die deutliche geschichtliche Entwickelung

Digitized by Google

einer nervösen Anlage oder einer zusammenhängenden Kette erregender Ursachen in ihrer Umgebung zeigen, auch keine Darlegung von Entkräftung durch schlechten Gesundheitszustand oder besondere Ausschreitungen irgend welcher Art.

Einige der dunklen Fälle von Trunksucht erscheinen ohne jede Ankündigung, entwickeln sich alsbald bis zum äussersten chronischen Grade, und verschwinden dann für lange Zeit oder auf immer. Diese Fälle werden meist, unglücklicherweise, als Typen aufgefasst und liefern in manchen Beispielen die Basis für Theorien über das Laster und die Macht des Willens, alle anderen Kräfte zu überwinden. Folgende Fälle illustriren diese Klasse:

Ein Arzt, der wegen seiner Mässigkeitsgrundsätze und seiner thätigen hygienischen Studien bekannt war und sehr auf seine persönliche Gesundheit achtete, trat eines Morgens in eine Wirthschaft und trank bis zur Berauschung. Den folgenden Tag that er es wieder, ohne irgend einen Grund oder Erklärung für sein Benehmen anzugeben. Von dieser Zeit an betrank er sich, so oft er sich Spirituosen verschaffen konnte und starb in zwei Jahren an einer intercurrenten Krankheit. Dieser Vorfall ist benutzt worden, um die Theorie des Lasters zu stützen und die Macht des Teufels über des Menschen Herz zu beweisen. — Der nächste Fall war der eines chronisch Trunksüchtigen, bei dem Ausschweifungen, Abspannung und überhaupt schlechter Lebenswandel vorangegangen waren. Beständiges wie periodisches Trinken geschah 25 Jahre. Er schloss sich allen Mässigkeitsgesellschaften an und unterschrieb die Gelübde, doch nur, um sein Versprechen bei der ersten Gelegenheit zu brechen. Wiederholt wurde er wegen Trunkenheit in's Gefängniss gesteckt, und es war buchstäblich ein hoffnungsloser Fall. Eines Tages, unter dem Trinken, erklärte er, sein Herz sei umgewandelt, und hörte plötzlich auf. Seitdem trank er nie wieder, obgleich er manchen und ernstlichen Versuchungen ausgesetzt war. — Ein anderer Fall war der eines chronisch Trunksüchtigen, der nach einem langen Paroxysmus vom Trinken mit der Erklärung erwachte, er trinke nun nicht mehr, und er erfüllte buchstäblich sein Versprechen. Zuweilen mögen diese radicalen Umwandlungen von dem Einfluss tiefer Erregung herrühren, bei anderen giebt es keine sichtbaren Ursachen.

Häufig sind Beispiele, in denen die Trunksucht während eines längeren oder kürzeren Zeitabschnittes auftreten wird. Diese Ausbrüche kommen und gehen wie Stürme, oft ist es nur ein einziger Anfall, z. B. bei einem bekannten Geistlichen, der bei dem Tode seiner Mutter notorisch zwei Tage lang betrunken und dann 26 Jahre bis zu seinem Tode streng mässig war. Sie sammeln sich und brechen dann in ungewissen Zwischenräumen hervor, wie in dem Fall des Advokaten, der seit 20 Jahren Anfälle von Trunksucht hatte in Zwischenräumen von 3 Monaten bis zu 5 Jahren, und bei dem die Anfälle jedesmal genau 10 Tage währten. Alle diese verwirrenden Berichte von Fällen, welche zu unerwarteten Zeiten ausbrechen und verschwinden und von unbekannten Ursachen herrühren, werden in einen mysteriösen

Digitized by Google

Mischmasch von Speculationen, Theorien und Aberglauben eingehüllt, und müssten von sorgfältigen Beobachtern klinisch studirt werden, um verstanden zu werden.

Manche Fälle von Trunksüchtigen haben Symptome, die sehr ähnlich denen von Lähmung und Gehirnkrankheiten sind; die gewöhnlichsten sind Hemiplegie und Paraplegie, Gehirnhautentzündung, Manie und verschiedene Formen der Melancholie. Symptome dieser Krankheiten können erscheinen, wenn Alkohol entzogen wird, doch gewöhnlich, während Spirituosen beständig genossen werden; und eine Zeit lang treten sie in ihrer Action sehr heftig auf, darauf gleichsam plötzlich verschwindend. In einem Fall meiner Praxis geschah es, dass offenbare Hemiplegie nach mehrtägiger Dauer in einer einzigen Nacht durch Entziehung des Alkohol verschwand. In einem anderen trat Hemiplegie auf und hielt 24 Stunden an, nachdem der Alkohol entzogen war.

Viele und sehr verwickelte Symptome sind oft zu beobachten, sind jedoch von so vorübergehendem Charakter, dass sie der Aufmerksamkeit entgehen oder kein specielles Studium zu verlangen scheinen. Halten sie an für einige Zeit, so werden sie als Beweise einer neuen Krankheit angesehen, deren Urheber der Alkohol nur in zweiter Linie ist. Ein gewöhnliches Beispiel ist das eines sogen. mässigen Trinkers, der plötzlich von Krämpfen überfallen wird. Ist es ein periodischer schlauer Trinker, so wird er seine Krankenwärter über die wirkliche Ursache zu täuschen wissen und Jahre lang behandelt werden, bis wirklich epileptische Krämpfe eintreten, ohne seinen wirklichen Zustand zu vergegenwärtigen. Ich habe einen periodischen Trinker mit ausgeprägt nervöser Organisation, die an Irresein grenzte, kennen gelernt, der seine Herzensthätigkeit einhalten konnte und so den Collaps simulirte, nur um das Mitleid seiner Freunde zu gewinnen und sich die geistigen Getränke, die er wünschte, zu verschaffen. Als er in ein Trinkerasyl gebracht wurde, erlangte er durch diese Methode zu verschiedenen Malen Alkohol; endlich wurde er in sein Zimmer eingeschlossen als diese Symptome auftraten, da genas er.

Asthma entwickelt sich oft bei Trunksüchtigen, besonders wenn der Alkohol entzogen wird, und oft, wenn die Ursache nicht erkannt ist, wird als Heilmittel gerade das gegeben, was es verursacht hat. In einem Falle hatte die Entziehung von Alkohol periodische Asthmaanfälle von je 4—6 Wochen zur Folge, welche allmälig abnahmen und endlich verschwanden. Symptome von Hyperämie des Gehirns waren auch bei den Patienten sehr gewöhnlich, wann sie in's Asyl traten, und besonders bemerkbar, wenn sie nach einer Zeit der Enthaltsamkeit zurückfielen und für eine Reihe von Tagen im Uebermaass tranken. Aphonie und Aphasie, sowie lokale Lähmung mit Anästhesie und Hyperästhesie sind bei Trunksüchtigen sehr häufig, zuweilen in Fällen, wo sie nie in Verdacht gekommen sind, zuviel Alkohol zu geniessen.

Einige sehr schwere Irrthümer sind zu meiner K·

Digitized by Google

die von ausgezeichneten Aerzten bei der Behandlung dieser Symptome ohne Rücksicht auf die Alkoholursache begangen wurden. Der folgende Fall ist typisch für viele, welche in allen Theilen des Landes vorkommen. H., ein Farmer, in dessen Familie Geistesstörung vorgekommen, der seit 10 Jahren gelegentlich bei erregenden Anlässen im Uebermaass trank, heimlich aber buchstäblich Tag für Tag, erwachte eines Morgens theilweise gelähmt, und bald darauf hatte er einen Krampfanfall, dem ein geringer Grad von Fieber und acute Manie folgten. Er wurde von einer Anzahl von Aerzten wegen Hämorrhagie des Gehirns und Geistesstörung, doch ohne Erfolg behandelt; da er anämisch war, wurde ihm ganz freigiebig Alkohol mit Eiern gereicht. 2 Monate später wurde er in eine Irrenanstalt gebracht, nach einiger Zeit entfernte man die Reizmittel, und er erholte sich. 3 Jahre später wurde er von einer Lähmung und milden Form von Manie befallen. Mittlerweile hatte er getrunken wie vorher, auf den Rath seiner Freunde, welche dachten, er bedürfe Kraft. Er wurde in eine andere Irrenanstalt gebracht und war 1 Jahr lang in Behandlung, dann genas er. Das nächste Jahr brachte einen neuen Anfall, und unter der Pflege eines Landarztes, der alle Reizmittel entfernte, verschwand Manie und Lähmung in 2 Tagen und erfolgte Genesung. Seitdem hat er wieder getrunken und ist abermals durch Entfernung der Reizmittel geheilt worden. Die wirkliche Ursache, der Alkohol, wurde von keinem der Aerzte constatirt und doch wurde seine Genesung in die Listen der Anstalt eingetragen als geschehen von Lähmung und anderen Krankheiten in ihren anfänglichen Stadien.

Eine Form von anhaltender Melancholie mit Manie von kurzer unsicherer Dauer hat höchst wahrscheinlich alkoholischen Ursprung, selbst wenn kein bestimmter Beweis von alkoholischem Excess gebracht werden kann. Solche Fälle werden gewöhnlich in die Irrenanstalt gebracht, in der der Alkohol sogleich absolut abgeschnitten ist, die Genesung erfolgt und wird diesen oder jenen Heilmitteln zugeschrieben, während die wahre Ursache, der Alkohol, unbekannt ist. Bei einem Bericht üben mässigen Trunk ist Alkoholismus der gewöhnliche Ausdruck, aber immer mit einer Bezeichnung verbunden. Plötzliche epileptische Anfälle mit begleitender Melancholie und Manie rühren, ob bekannt oder unbekannt, sehr oft von der Trunksucht her. Die Wichtigkeit der Trunksucht oder alkoholischer Ausschweifungen als einer erregenden Ursache fast jeder Form von Gehirn- oder Nervenleiden wird selbst von vielen Specialisten noch nicht genug erkannt. Ein Fall von grossem Interesse ist mir kürzlich vorgekommen, bei welchem der Patient, ein wohlhabender Mann, an Gesichtstäuschungen litt und oft laute Befehle und auctoritative Stimmen vernahm, die ihm sein sündiges Leben vorhielten und ihn zur Reue aufforderten. Er war ein Lebemann, trank täglich Wein bei Tisch und heimlich mehrmals am Tage Branntwein, Seine Aerzte verordneten ihm jedes nur denkbare Mittel, manche Consultationen fanden statt, man suchte sein früheres Leben zu erforschen, verfehlte aber die wahre Ursache im Alkohol zu erkennen. Er ging nach

Digitized by Google

Europa an verschiedenen Heilquellen, wechselte auch die Sorte seines Tischweins, gebrauchte ihn aber doch wegen Anämie und Verdauungsbeschwerden. Die Hallucinationen des Gesichts und Gehörs mehrten sich. Er beunruhigte sich und fürchtete wahnsinnig zu werden, engagirte daher einen Arzt, mit ihm zu reisen. Bald darauf ersetzte derselbe den Tischwein durch Chinarinde und entzog ihm allen Branntwein zwischen den Mahlzeiten, die Hallucinationen verschwanden fast unmittelbar. 2 Monate völliger Enthaltsamkeit stellten ihn ganz wieder her. — Ein Herr consultirte mich wegen seines Neffen, eines Trinkers, und bemerkte, er habe in der Behandlung eines bekannten Arztes wegen Schlaflosigkeit und Ermattung gestanden. Ich erkundigte mich und fand, dass er täglich 8—20 Unzen Branntwein genoss, und dass der Arzt darauf gedrungen, dieses Quantum zu vermehren wegen seiner beruhigenden Wirkung. Ich verordnete gänzliche Entziehung des Branntweins, ein warmes Bad und einen Hopfenaufguss. Das Resultat war sehr günstig; er schreibt mir, dass er jetzt einen gesunden Schlaf hat und stärker ist. Dieser Fall ist ein werthvoller Wink für die mögliche Wirkung des Alkohol, die ohne gründliches Studium der Aufmerksamkeit entgehen kann. Ich habe eine ziemlich grosse Mannigfaltigkeit nervöser Symptome bei Trunksucht gesehen, die aus irgend einer physischen Ursache, z. B. Gehirnerschütterung oder Rückenmarksverletzung, oder mit einem Stoss durch heftige Gemüthsbewegung anfingen, und die eine plötzliche und anhaltende Ermattung hervorriefen. Der unerklärliche Zustand, den man Excess nennt beim Genuss irgend einer Form von Alkohol, öffnet uns die Thür für eine grosse Mannigfaltigkeit in den Meinungen und Theorien, aber thatsächlich kann Alkohol in jeder Form oder Menge alle Formen nervöser Symptome entwickeln.

Manche Fälle von Trunksucht sind von hysterischen Erscheinungen und verschiedenen Störungen der Nervenfunctionen begleitet, die in ihren Formen rasch wechseln, indem sie häufig unbewusst eine andere Krankheit heucheln. Wie bei vielen Nervenleiden kann die Trunksucht manche functionelle Symptome vergrössern und andere maskiren. Ein eingebildeter Hypochonder z. B. litt nach Alkoholgenuss acut, und manche hysterische Fälle fanden nach Alkohol Erleichterung, indem er die Nervenstörung bemäntelte und verbarg. Oft wird auch mit der Hysterie, verbunden mit Trunksucht, eine moralische Lähmung beobachtet, wie Mangel an Bewusstsein für Recht und Unrecht, der sich in Intriguen, Verdrehungen und Anstrengungen, sich die vollste Befriedigung aller seiner Impulse zu verschaffen, manifestirt. Diese Fälle können in hohem Maasse Krankheiten gleichen, für die man möglicher Weise Alkohol als Heilmittel geben würde; auch ist in diesen Fällen ein erregendes Element, welches oft andere Anzeichen verdeckt und ihren wahren Zustand zu verbergen sucht.

Es giebt zwei Klassen von Trunksüchtigen, die [illegible] der Untersuchung vieler Fälle angetroffen werden. Ich bezeichne [illegible] bewusste und unbewusste. Sie unterscheiden sich bedeutend und [illegible] wie [illegible] beschrieben werden [illegible] Trinker ist [illegible], veranlasst [illegible]

Digitized by Google

irgend eine unbekannte erregende Ursache, er entwickelt sich langsam mit freien Perioden der Mässigkeit und Ruhe, ihnen folgen wilde Ausbrüche oder Paroxysmen von Excessen. Er ist selten berauscht und dann nur auf kurze Zeit. Er ist sich seiner Lage immer klar bewusst und macht oft impulsive Anstrengungen zur Besserung, hat selten Sinnestäuschungen oder Delirien und scheint im Allgemeinen von guter Gesundheit und stets an der Grenze vollkommener Herstellung zu sein. Er ist gewöhnlich der Leiter aller Besserungsbestrebungen, und verfährt mit viel Verstand und Energie. Jahrelang geht er in diesem seltsamen Conflict dahin und fällt schliesslich in irgend eine acute Krankheit.

Der unbewusste Trinker beginnt zu trinken aus wohlbemerkter Ursache, die immer von einer schlechten Organisation und nervösen Fehlern begleitet ist. Er vergegenwärtigt sich nie, dass er ein Trinker ist, und macht schwache Anstrengungen sich zu bessern, Geist und Körper nehmen schnell ab und Delirien mit Sinnestäuschungen und verschiedenen geistigen Symptomen kommen und gehen, oder bleiben beständig. Acute Manie oder Lähmung sind oft zu finden, Klagen über Neuralgie und allgemeine Unordnung des Organismus sind stetig. Der Trinker hat keine vom Trinken freie Zwischenräume und nimmt selten impulsiv geistige Getränke zu sich, aber er ist sehr oft ganz berauscht, bessert sich selten, und wenn er es thut, fällt er bei der ersten Gelegenheit wieder zurück. Sein Geist ist schwach und des Vertrauens unfähig. Seine Krankheit ist oft verwickelt mit organischer Degeneration, und er stirbt endlich an allgemeiner Entkräftung. Diese Form der Trunksucht unterliegt keinem Zweifel, besonders in den letzten Stadien, aber von Anfang an begreift der Kranke niemals seinen Zustand und scheint die ganze Zeit an der Grenze von Irresein oder Blödsinn.

Eine andere Form der Trunksucht ist gekennzeichnet durch die starke Intensität aller Symptome; namentlich geistige Erregung, Delirien, Muskelstörung, ungewöhnliche Selbstsucht, aufgeregte Uebertreibungen, Lähmung, Melancholie, Manie, Selbstmord folgen sich heftig und schnell. Solche Fälle werden in die Irrenanstalten geschickt, und die Trunksucht wird Nebensache genannt. Sie werden als wirkliche Maniakalische bezeichnet, doch solchen Kranken ganz unähnlich, entfalten sie Manie nur, wenn sie viel geistige Getränke genommen. Sodann trägt die Manie besonderen Charakter, tritt plötzlich auf und gleicht doch noch einem gesunden Zustande. Einen Tag erscheinen sie als die ausgesprochensten Fälle, am anderen sind sie ganz vernünftig und frei von jedem besonderen Symptom. Dies sind auch die Fälle, wo ein sonst ruhiger Mann lärmend, selbstsüchtig ist, hastig trinkt und in schnellem Lauf sich zu Tode wirthschaftet. Solche Fälle werden in den Irrenanstalten als alkoholische Geistesstörung notirt. Das ist aber ein ganz allgemeiner Name und bezeichnet nicht den wirklichen Zustand. Alkohol ist nur eine der secundären Ursachen, irgend ein verborgener Mangel von Nervenkraft macht sich geltend in einem ungeordneten Geisteszustande, nicht eine unüberwindliche Lust zu Alkohol, sondern eine allgemeine De-

Digitized by Google

moralisation jeder gesunden Function, eine Incoordination, durch welche die Thätigkeit des Körpers ganz verwirrt ist. Der Alkohol bringt diese neurotische Anlage zum Ausbruch und giebt ihr Form und Aehnlichkeit. Trunksucht folgt nun in einer unbekannten Form, welche nur ausnahmsweise von competenten Beobachtern nach sorgfältigem Studium verstanden werden kann.

Pieper-Moyland.

Nekrolog *Hayner's* [1]). — Am 10. d. Mts. beschloss in einem Alter von 62 Jahren sein für die Wissenschaft, die leidende Menschheit und den Staat vielseitig thätiges Leben Herr Dr. *Christian August Fürchtegott Hayner*, Director und Arzt der königl. sächs. Landes-Versorganstalt zu Colditz, Ritter des Ordens für Verdienst und Treue, auch Inhaber der grösseren goldenen Civil-Verdienstmedaille.

Geboren zu Strohwalde bei Gräfenhainichen, wo sein Vater, Pächter einer königl. Domaine, für den ersten Unterricht sorgte, den der Verstorbene wahrscheinlich mit seinen ihm vorangegangenen Brüdern genoss, bildete er sich auf der Nicolaischule zu Leipzig für das Studium der Wissenschaften weiter und bezog dann die Universität Leipzig um Theologie zu studiren. Den jungen Theologen, welcher bereits mit vielem Beifall gepredigt hatte, gewann die Heilkunde bald darauf als ihren eifrigsten Jünger. In dem lebhaften Gefühl des ihm angeborenen ärztlichen Berufs, mit Talenten begabt und mit einer Persönlichkeit ausgestattet, die ihm die Palme des ärztlichen Ruhmes verhiess, studirte er in Wittenberg, Erlangen und Jena die Heilkunde, erhielt auf letztgenannter Universität die medicinische Doctorwürde und betrat dann als practischer Arzt seine Laufbahn, auf welcher er durch rastlose Thätigkeit, ein oft den Nächten abgerungenes Studium von Stufe zu Stufe stieg, bis er am Abend seines Lebens sein Ideal, die vorurtheilsfreie, mit milder Fürsorge, klarer Umsicht, strenger Ordnung, ruhiger Ausdauer und Einfachheit gepaarte Behandlung jener Unglücklichen zur Reife gediehen sah, welche erst jenseits des Grabes die schwerlastende Bürde ablegen, denen er Arzt, Freund und Vater zugleich war.

Früher practischer Arzt zu Eisleben und Mittweida, verheirathet mit einer vortrefflichen Gattin, wurde der Verstorbene im Jahre 1806 als Arzt der Straf- und Versorganstalt zu Waldheim für den Staatsdienst gewonnen, nachdem er durch wissenschaftliche, dem Besuche der Hospitäler, Irren- und Gefängnissanstalten vorzüglich gewidmete Reisen und einen längeren, unter

---

[1]) Bei den Nachforschungen nach einer Biographie des um die Entwickelung der deutschen Psychiatrie so hochverdienten *Hayner* fanden sich nur spärliche Nachrichten. Wir glauben daher einen Wunsch vieler Leser zu erfüllen, wenn wir den Nachruf an ihn im „Wchblatt f. Statistik u. Vaterlandskunde, 4. Jhrg. 1837, der wohl Keinem zur Hand ist, hier auf's Neue in Erinnerung bringen. *K.*

Digitized by Google

Pinel's und *Esquirol's* Anleitung wohlbenutzten Aufenthalt in Paris sich zu seiner Bestimmung würdig vorbereitet hatte.

Während einer 23jährigen Dienstzeit hat er in Waldheim mit unausgesetzter Anstrengung das Wohl aller dieser Anstalt Anvertrauten in ärztlicher, aus der gründlichsten Seelenheilkunde hervorgegangenen Obsorge und Behandlung befördert. Seinem regen, mit ausgezeichneten Kenntnissen und liebenswürdiger Milde verbundenen Eifer glückte oft die Herstellung der unheilbar geachteten Seelenkranken. Deshalb ward ihm auch der ehrenvolle Auftrag, bei der Gründung der Heil- und Verpfleganstalt zu Sonnenstein seine anerkannten Erfahrungen diesem Gegenstande zu widmen. Was Sonnenstein ist, hat es zum Theil auch *Hayner's* trefflicher Beobachtungs- und Anordnungsgabe zu verdanken. Im Jahre 1816 ward ihm, zu Bezeigung Höchster Zufriedenheit mit den von ihm geleisteten treuen und nützlichen Diensten, die sächs. grosse goldene Verdienstmedaille, im Jahre 1828 der sächs. Civil-Verdienstorden verliehen. So erwarb er sich die Krone des bürgerlichen Verdienstes im Vaterlande und mit ihr einen ausgezeichneten Ruf als Seelenarzt im Auslande, wie die Hochachtung aller Coryphäen dieser Wissenschaft. Wohl eingedenk des Grundsatzes, dass keine Landesanstalt ihrer Bestimmung vollständig genügen kann, wenn ihr ein gemischter, entgegengesetzter Zweck unterliegt, dass eine Anstalt die andere, sind sie vereint, mehr oder minder in ihrer Wirksamkeit beeinträchtigt, und Gebrechen in der Verwaltung, namentlich aber grosse Erschwerungen für seelenkranke Pfleglinge, unabwendbar sind, wenn sie mit Sträflingen an einem Orte sich befinden, ging das Bestreben des Verewigten stets dahin, die Verpflegten Waldheim entnommen und in eine besondere Verpfleganstalt versetzt zu sehen. Nur spät erst, nach Bekämpfung mannigfacher Hindernisse und den schwierigsten Vorarbeiten, ward ihm im Jahre 1829 die Freude, seine geliebten Seelenkranken in die Gebäude des Schlosses zu Colditz, als einer selbstständigen Landes-Versorganstalt, versetzt zu sehen. Leider gönnte ihm des Schicksals Wille noch nicht volle acht Jahre in der Mitte jener Unglücklichen, für deren verbessertes Lebensloos er so viele Nächte gedacht und vorgearbeitet hatte, als Director ununterbrochen thätig fortzuwirken, nachdem einige Jahre vor seinem Tode ihm auch der herbe Schmerz vorbehalten war, seine innigst geliebte Gattin in die Ewigkeit vorangehen zu sehen, an deren Seite er eine der glücklichsten, seltensten Ehen geführt hatte. Noch im verflossenen Jahre ehrte die Universität zu Leipzig, bei Einweihung des Augusteums, seine vielbewährte Gelehrsamkeit durch Uebersendung des Ehren-Diploms als Doctor ihrer medicinischen Facultät.

Ja! nicht allein als Seelenarzt, als Arzt überhaupt war er ein Musterbild seltener Erfahrung und Beharrlichkeit, seltenen Fleisses, wie seltener Humanität und Anspruchslosigkeit. Wer lebt wohl in der hiesigen Gegend, in dessen Familienkreise nicht der Gefeierte ein Mitglied von schwerer Krankheit errettet hätte? Wie viele Arme segnen nicht dankbar sein Andenken, denen er Arzt und Wohlthäter war? Wie viele seiner Schüler,

Digitized by Google

von welchen er, namentlich in Waldheim, Manchem den Unterricht seiner vielgereiften Erfahrung belehrend ertheilte, widmen nicht dem Vaterlande in allen Zweigen der Medicin ihre Thätigkeit? So gelte denn auch von ihm der Wahlspruch, welchen die grosse Kaiserin Maria Theresia dem unsterblichen *Stoll* in den Worten widmete:

Wünscht Aerzten seine Kunst,
Und Königen sein Herz!

Idioten der Irren- und Idiotenanstalten in Deutschland. — Im Ganzen sind in den Jahren 1875 bis 1882 in den Irren- und den 25 vorhandenen Idiotenanstalten 7151 Idioten, und zwar 4070 männliche und 3081 weibliche verpflegt worden. 4105 waren als Idioten im engeren Sinne (Blödsinnige) und 3046 als Imbecille (Schwachsinnige) bezeichnet. 39 pCt. sämmtlicher Idioten waren unter und 61 pCt. über 20 Jahre alt. Unter den Idioten waren 124 Kretinen, 143 Mikrocephalen und 643 Epileptische.

In Amerika — hatte der Congress der Vereinigten Staaten 1882 zur Regelung der Einwanderung ein Gesetz genehmigt, wonach Verbrechern (ausser politischen), Wahn- und Blödsinnigen, so wie allen Personen, welche unfähig sind, für sich selbst ohne öffentliche Unterstützung zu sorgen, die Erlaubniss zum Landen nicht ertheilt werden darf, derartige Personen vielmehr auf Kosten des Eigenthümers des Schiffes, das sie befördert hat, nach ihrer Heimath zurückgeschickt werden müssen. Auch unter dem jetzigen Präsidenten wird in gleicher Weise verfahren.

Bei den Bongo-Negern in Central-Afrika — werden nach *Schweinfurth*'s „Im Herzen von Afrika" erregte Geisteskranke an Händen und Füssen gefesselt und — angeblich zur Abkühlung und Beruhigung ihrer wilden Leidenschaft — in den Fluss geworfen, wo sie von gewandten Schwimmern gehörig untergetaucht werden. Bleibt dies Mittel ohne Wirkung, so werden die Kranken eingesperrt und von Verwandten gefüttert. (Deutsche Med. Zt. 1885. No. 41.)

Das Jubiläum C. Hergt's, Geheimenrathes und Directors der Heilanstalt Illenau, an welcher er — ein seltenes Beispiel — eine 50j. Amtsthätigkeit zurückgelegt hat, ist am 18. Oct. v. J. in Illenau festlich begangen worden. Wie seinem Vorgänger *Roller* ist es ihm vergönnt gewesen, in voller Rüstigkeit sich dieses Festes zu erfreuen. Der Umfang eines Tages genügte für Illenau nicht, um seinem Director den Dank in mannigfachster Weise dar

Digitized by Google

zubringen. Von allen Seiten kamen mündlich, schriftlich, in Telegrammen und Festgaben die Glückwünsche. Auch der Verein der deutschen Irrenärzte fehlte in einer Adresse an sein langjähriges Mitglied nicht. Am weihevollsten war es für den Jubilar, als der Grossherzog Kgl. Hoheit selbst zur Festfeier kam, ihm das Kommandeurkreuz vom Zähringer Löwen mit Brillanten überreichte und Worte hinzufügte, die ebenso ehrenvoll für den Geber, als den Empfänger waren. Die Kaiserin Königin Augusta übersandte das Bild Sr. Majestät des Kaisers, die Grossherzogin Kgl. Hoheit das Bild der heil. Elisabeth. Freunde hatten die Summe von 8200 Mark gesammelt, um durch eine Stiftung nach dem Willen des Jubilars die Erinnerung an diesen Tag auch künftig zu bewahren. Unser *Schüle* hatte ihm ein grösseres psychiatrisches Werk gewidmet.

Möge der Jubilar, so selten solche Feste sind und noch seltener so gefeiert werden, dass sie von der Anerkennung des Berufes in weiteren Keisen Zeugniss ablegen, noch lange ungetrübt an der Arbeit für die fernere Entwickelung der deutschen Psychiatrie Theil nehmen können!

Dr. *J. Joh. Lunier* — Chef-Redacteur der Ann. méd. psych., seit 1864 General-Inspecteur der Irrenanstalten und Gefängnisse in Frankreich, seit 2 J. dieser Stellung enthoben, früher Director der Irrenanstalten zu Niort und Blois, geb. am 19. März 1822, ist am 5. Sept. c. zu Paris an einer Lungenentzündung gestorben, die er sich auf der Rückkehr von einer Jagd zugezogen hatte. Der Tod trat um so unerwarteter ein, als er sich voller körperlicher Rüstigkeit erfreute und geistig noch ungemein regsam war. Davon konnten sich die überzeugen, welche mit ihm an den Sitzungen des internationalen ärztlichen Congresses in Kopenhagen Theil nahmen. Dorthin hatten ihn auch Frau und Tochter begleitet und gemeinsam durchwanderten sie nach jenen Tagen rüstig Dänemark und Schweden. *Lunier* hat zahlreiche psychiatrische Schriften verfasst und sich noch in den letzten Jahren an die Spitze des Kampfes gegen den Missbrauch des Alkohols gestellt, wie er denn auch zur Rettung der Epileptischen beherzigenswerthe Vorschläge machte. Hervorragenden Geistes, unermüdlicher Arbeitskraft, mit gewandten Lebensformen, patriotischer Gesinnung, grosser Beredtsamkeit hat er eine bedeutende Stellung in der Entwickelung der Psychiatrie nicht nur seines Landes eingenommen und die reichen Erfahrungen in seiner Stellung zur Förderung unserer Disciplin verwerthet.

An den Wasserfällen der Trolhätta in Schweden schied Referent von ihm mit den Worten: „auf Wiedersehen in Berlin oder Paris," einer Hoffnung, die auf Verwirklichung hoffen konnte und nun geschwunden ist!

Digitized by Google

Personal-Nachrichten.

Dr. *Gauster*, San.-Rath u. Primärarzt der n. östr. Irrenanstalt zu Wien, ist zum Director derselben Anstalt,

Dr. *Fries*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Nietleben, zum Director,

Dr. *Waehner*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau, zum Director der ostpreuss. Irrenanstalt zu Allenberg,

Dr. *Hallervorden*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Allenberg, zum Director der neuen Anstalt in Kortau bei Allenstein in Ostpr.,

Dr. *Dittmar*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt in Hildesheim, zum Director der Reichs-Irrenanstalt zu Saargemünd,

Dr. *Zander*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt „Rittergut Altscherbitz", zum Director der neu erbauten Prov.-Irrenanstalt zu Rybnik in Schlesien,

Dr. *Neuendorff*, Assistent der Landes-Heil- u. Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Bernburg, zum Director dieser Anstalt ernannt worden.

Dr. *Hertz*, San.-Rath u. Director der Privatheilanstalt zu Bonn, legt die Direction seiner Anstalt nieder und

Dr. *Freusberg*, Dir. der Reichs-Irrenanstalt für Lothringen zu Saargemünd, übernimmt die Direction der Privatheilanstalt zu Bonn.

Dr. *C. Werner*, Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu „Rittergut Altscherbitz", ist zum 2. Arzte des Hrzl. Genesungshauses zu Roda,

Dr. *Rabbas*, Assistent an der psychiatr. Klinik zu Würzburg, zum Assistenzarzte der Irrenheilanstalt zu Marburg ernannt worden.

Dr. *Ideler*, Sanitätsrath und Director der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin, hat den Charakter als Geh. Sanitätsrath,

Dr. *Stark*, Director der Landesirrenanstalt Stephansfeld-Hördt, den Charakter als Kais. Sanitätsrath,

Dr. *Hergt*, Geh. Rath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau, hat das Comthurkreuz u. den Stern des Zähringer Löwenordens in Brillanten,

Dr. *Schupmann*, San.-Rath u. Dir. der Prov.-Irren-Pflegeanstalt zu Geseke Westph., den Rothen Adlerorden mit der Schleife,

Dr. *Paetz*, Dir. der Prov.-Irrenanstalt „Rittergut Altscherbitz", den Kronenorden 4. Kl. erhalten.

Digitized by Google

Dr. *Voppel*, Med.-Rath und emer. Director der Irrenpflegeanstalt zu Colditz, ist am 21. Dec. nach längerem Leiden, 73 Jahre alt,

Dr. *Klaatsch*, Geh. San.-Rath in Berlin, der auch unsere Zeitschrift durch Beiträge bereichert hat, am 31. Oct. v. J., 58 J., an Herzkrankheit,

Dr. *Rath*, fr. Assistent an den Irrenanstalten zu Osnabrück u. Bonn, zu Curaçao am gelben Fieber gestorben.

Digitized by Google

Ueber Geistesstörung als Ehescheidungsgrund von juristisch-psychiatrischem Standpunkte.

Von

Dr. jur. Abraham Christoph

aus Ibersheim.

Allgemeine Bemerkungen. Die Frage der Ehescheidung überhaupt hat zu allen Zeiten und bei allen Völkern viel Staub aufgewirbelt und mit Recht, ist sie ja doch eine der wichtigsten Fragen des Staats- und Privatlebens. Die Gesetzgebungen verschiedener Zeiten und Staaten schlugen in dieser Hinsicht dreierlei Wege ein, zwei extreme und einen Mittelweg. Auf der einen Seite gilt die absolute Unauflöslichkeit der Ehe; sie ist ein Sacrament, ein Dogma; sie lässt höchstens eine körperliche Trennung zu, die das Eheband selbst nicht berührt, so z. B. das canonische Recht. Ihm gegenüber steht die willkürliche Lösung dieses Bandes, auf dem Gedanken fussend, dass die Ehe ein gewöhnlicher Vertrag ist, in Folge dessen auch denselben Gesetzen und Bestimmungen unterworfen sein muss und ebenso allzeit auflösbar durch die Ehescheidung ist, die den Bund der Art bricht, dass jeder Ehegatte zur zweiten Ehe schreiten kann, wie das römische Recht und viele Gesetzbücher liberaler Staaten. Der dritte Lösungsmodus lässt ebenfalls die Ehescheidung zu, allein nicht unbeschränkt, wie das zweite Extrem, sondern die Ehescheidungsgründe werden einzeln festgesetzt, jedoch ausdrücklich die Ehescheidungskraft gegenseitiger Uebereinkunft verboten.

Zustand in der Urzeit und nach Bildung

Werfen wir einen geschichtlichen Rückblick auf die

so finden wir bei den Urv[illegible]iss, d

Digitized by Google

monien und Formen eingegangen und aufgelöst wurde, jedoch aller moralischen Basis entbehrte; es bestand in einer instinctmässigen, viehischen Befriedigung der Geschlechtstriebe; es gab keine Familie, keine eheliche Treue, keine Eltern- und Kindesliebe, es bestand reine Polygamie, wie dies noch heutzutage bei den Bewohnern der Insel Ceylon im indischen Ocean der Fall ist, wo die Frau sieben bis acht Männer hat, was freilich in ihrer unverhältnissmässigen Minderzahl begründet ist. Quos venerem incertam rapientes more ferarum, Viribus editior coedebat ut in grege taurus, sagt schon Vater Horaz.

Mit der Bildung der Staaten entsteht zuerst die Ehe; der Mensch fühlt das Bedürfniss, ein Wesen an sich zu ketten und zu fesseln, welchem nicht allein die Sorge für die Kinder, sondern auch die Führung des Haushalts obliegt; die Kinder gruppiren sich um ihre Eltern und Grosseltern, es erscheint die Familie, aus deren Vereinigung die Völker, die Staaten entstehen. Der Begriff der Ehe und ihre gesetzlichen Normen mussten nothwendigerweise fixirt werden; mit derselben entstand jedoch auch die Scheidung, die wir ja schon bei den ältesten Völkern, Medern, Persern, Aegyptern, Griechen, auf unbeschränkte Weise zugelassen finden.

Voltaire, der grosse Philosoph, sagt in humoristischer Weise: „die Scheidung ist gleichen Datums wie die Ehe; dennoch glaube ich, dass die Ehe einige Wochen älter ist, d. h. dass man sich mit der Frau nach Ablauf von 14 Tagen zankt, nach einem Monat schlägt und nach sechs Monat Zusammenwohnen sich trennt."

Die rechtliche Stellung der Ehe. In der Kindheit der Menschheit stützt sich die Ehe auf das Eigenthum; in dieser Zeit dominirt die rohe physische Kraft, deren Repräsentant und Symbol, der Mann, sich für den Herrscher seiner Frau hält; sie war seine Magd, seine Sklavin, die er sich durch Hingabe von geringen Geschenken erwarb, dasselbe Verhältniss, dem wir im altgermanischen Recht unter dem Namen Mundium begegnen. Diese Ideen herrschten bei den Juden und finden sich heute noch in gesetzeskräftiger Geltung bei den Türken, bei den Mohammedanern. Aus dem Kaufrecht ergab sich für die Reichen das Recht, sich mehrere Frauen zu nehmen, woraus mit Nothwendigkeit die Polygamie folgte, die den Ruin der Familie, die Blüthe des Lasters und das Verschwinden aller edleren Gesinnungen, alles edlen Dichtens und Trachtens her-

Digitized by Google

beiführt und grosszieht. Das Scheidungsrecht stand ebenso ursprünglich willkürlich dem Stellvertreter der Kraft allein zu; die Gesetze Mosis duldeten nicht allein die Scheidung und die Vielweiberei, ja er setzte sogar bestimmte Normen für erstere fest.

Erst mit der Entwickelung der Cultur und dem Fortschreiten der Civilisation erlangte die Ehe die Stellung, die sie heute in allen civilisirten Staaten inne hat, nämlich als dauernde, gleichberechtigte Vereinigung zweier Menschen, wobei nur die Stellung der Ehegatten selbst gegenüber der Aussenwelt gewisse in der Natur der Sache liegende Unterschiede begründet.

Das römische Recht definirt in seinen Quellen die Ehe als coniunctio maris et feminae consortium omnis vitae, individua vitae consuetudo, divini et humani juris communicatio; sie war also eine dauernde Vereinigung zwischen Mann und Frau, eine totale Lebens- und Interessengemeinschaft dieser beiden. Im älteren römischen Recht finden wir dasselbe unbeschränkte Recht des Paterfamilias; er verfügt unbedingt über Frau und Kinder, verkauft, enterbt sie, um so mehr steht ihm das Recht zu, sich von seiner Frau zu scheiden und sie auf die Strasse zu setzen, da sie seine Sklavin war. Auch hier war die Form der Eingehung der Ehe der Kauf, die Frau trat in das Eigenthum, die Manus des Mannes, über, der durch Tradition ihr Herr und Gebieter wurde.

Diese Grundsätze erlitten eine wesentliche Modification und Abänderung später; da galt der Satz consensus facit nuptias bezüglich der Eingehung der Ehe. Der Abschluss erfolgte also durch den ausdrücklichen Willen mit einander zu leben und die formlose Ausführung desselben in Verbindung mit der Affectio maritalis; zum Beweise der letzteren führte man später gewisse Ceremonien ein, die keine rechtliche Bedeutung beanspruchen konnten.

Die Auflösung der Ehe fand ausser durch Tod, auch durch Scheidung statt, deren es zweierlei Formen gab, Divortium, die beiderseitige freiwillige — und Repudium, die einseitige Ehescheidung; auch sie waren rein der Willkür der Ehegatten überlassen, an keinerlei Formen geknüpft, der freie Wille war allein maassgebend und entscheidend; eine entgegenstehende Uebereinkunft, partum ne liceat divertere, war gesetzlich ungültig. Später knüpfte man daran gewisse Bedingungen und belegte unbegründete Scheidungen mit Strafen in Form von Vermögensnachtheilen, die nach

Digitized by Google

den Quellen jedoch nicht eintraten, wenn die Ehe wegen unheilbaren Wahnsinns geschieden wurde. Als Ehescheidungsgründe gelten Mord, Raub, Impotenz, Ehebruch, Kuppelei, Misshandlung sowie Wahnsinn.

„In den Libr. Digest. XXIV, Tit. III de divortiis et repudiis heisst es folgendermaassen:

Justinianus libro octavo decimo Digestorum quaerit, an furiosa repudium mittere vel repudiari possit et scribit, furiosam repudiari posse, quia ignorantis loco habetur, repudiare autem non posse neque ipsam propter dementiam neque curatorem eius, patrem tamen eius nuntium mittere posse, quod non tractaret de repudiis, nisi constaret teneri matrimonium, quae sententia mihi videtur vera."

Neben dem Matrimonium gab es jedoch zwei ausserehelichе Geschlechtsverhältnisse, das Concubinat und das Contubernium, deren erstes schon durch die Lex Julia de adulteriis als erlaubte Geschlechtsverbindung rechtliche Anerkennung fand; es unterschied sich von dem Matrimonium durch Fehlen der Affectio maritalis. Es war ein rein factisches Verhältniss, das nur durch den fortgesetzten Willen bestand und durch Wahnsinn aufgehoben wurde; das Contubernium war eine dauernde Geschlechtsverbindung zwischen Sklaven.

Das altgermanische Recht kennt die Ehe nur in Beziehung zum Mundium; sie war ein Kauf und Erwerb der Herrschaft über die Frau. Der Abschluss bestand in der Zahlung einer gewissen Summe an den Mundwalt gegen Uebergabe der Braut an den Bräutigam. Der Mann tritt in seine Stellung als Ehemann durch Erwerb des Mundium. Die Trennung fand durch einseitigen Willen des Mannes, später auch der Frau, sowie durch Uebereinstimmung beider statt. Siehe Marsulfi Formulae 2, 30.

Das canonische Recht. Im diametralen Gegensatz zu beiden betrachtet es die Ehe als unauflöslich, sie ist nach den Grundsätzen der katholischen Kirche ein Sacrament, ein Dogma, sich stützend darauf, dass Christus sich gegen das mosaische Recht aussprach, das eine vollkommene Freiheit der Ehescheidung sowohl beim Einverständniss beider Ehegatten, als auch des Mannes allein gestattete; er verkündete die Unauflöslichkeit der Ehe und erlaubte Ehescheidung nur bei Ehebruch, wobei der schuldige Theil das Recht der Wiederverheirathung verlor.

Digitized by Google

Matthäi 5, Vers 31 und 32, 19, Vers 6—9 lauten:

„Was Gott zusammengefügt hat, soll der Mensch nicht scheiden.“ „Wer sich von seinem Weibe scheidet, es sei denn wegen Ehebruchs, und freiet eine andere, der bricht auch die Ehe.“

Dieses strenge Princip milderte die katholische Kirche einerseits durch die Beschlüsse des Tridentiner Concils, siehe Trident. sessio 24, cap. 8, die anstatt der Ehescheidung auf Trennung von Tisch und Bett zu erkennen erlaubten; andererseits verstanden die Päpste dieses Dogma dadurch zu umgehen, dass sie zur Erreichung weltlicher Vortheile, sowie um den Machthabern zu gefallen, auf Nullität der Ehe oder direct auf Ehescheidung erkannten, wobei immer für den betreffenden Erlass eine grosse Geldsumme entrichtet werden musste, so dass die Erlangung eben nur den Reichen möglich war.

Alexandre Dumas fils sagt in seinem Werke Sur le divorce, pag. 71 u. fg. sehr treffend: .

„L'Église, comme toutes les institutions humaines, s'est trouvée souvent, très souvent prise entre ses principes absolus et ses besoins momentanés, et elle s'est tirée d'affaire comme elle a pu avec des moyens humains, en s'efforçant de consilier autant que possible ses doubles responsabilités. Aussi chaque fois qu'elle est venue se heurter à une puissance terrestre momentanément supérieure à la sienne a-t-elle du chercher les moyens de satisfaire cette puissance. et suiv. pag.“

Die Ehescheidung bestand ursprünglich auch nach canonischem Recht, wie sie ja heute noch von der katholischen Kirche im Orient als gültig und rechtsbeständig anerkannt wird.

Unfähig zur Eingehung der Ehe sind danach Wahnsinnige, sowie sonstige geisteskranke Personen; die Ehen der nach ihrer Eingehung in solchen Zustand gekommenen Personen werden jedoch nicht aufgelöst.

Corpus jur. canon. Decret. Pars Causa. XXXII, Quaestio VII, VIII, CXXV sagt: „Ob infirmitatem vel damna corporis coniugia solvi non debet.

VI. Pars. Hi qui matrimonium sani contraxerint et uni ex duobus amentia aut furor aut aliqua infirmitas accesserit, ob hanc infirmitatem coniugia talium solvi non possunt.“

C. XXVI. Furiosus et furiosa matrimonium contrah-

Digitized by Google

possunt. Neque furiosus, neque furiosa matrimonium contrahere possunt, sed si contractum fuerit non separentur.

Das canonische Recht bildet heute noch die Grundlage neuerer Gesetzbücher, wie die Katholiken es heute noch allein als für sie maassgebendes und bindendes Recht ansehen.

Das französische Recht, insbesondere der Code Napoléon. Eine neue Aera trat, wie in so manchen anderen Beziehungen, auch hier mit der französischen Revolution ein, jener so schrecklichen und vernichtenden Auferstehung des französischen Volkes, die unter Mord und Todschlag die Morgenröthe der Freiheit für alle Völker leuchten liess.

Die Constitution du 3 Sept. 1791 erklärte, que la loi ne considère le mariage que comme un contract civil; die Ehe ist also ihres kirchlichen Charakters entkleidet und wesentlich nur durch das Civilgesetz geregelt. Das Gesetz vom 20. Sept. 1792 hebt vollständig die Trennung von Tisch und Bett auf und substituirt ihr die Ehescheidung; unter anderen kennt es als Scheidungsgründe la démence, folie ou fureur.

Der Code Napoléon, auf diesen Grundsätzen basirend, setzte auch die Folgen, Formen, Wirkungen der Eingehung und Auflösung der Ehe unabhängig vom canonischen Recht fest, indem er letzterem nur einen geringen Einfluss durch Anerkennung der Trennung von Tisch und Bett einräumte. Ja sogar er lässt die Scheidung kraft gegenseitiger Uebereinkunft zu, nur setzt er, um die Ehegatten zur reiflichen Prüfung, sowie zur ernstlichen Ueberlegung anzuhalten und sie vor Ueberstürzung und Uebereilung in so wichtigen Angelegenheiten zu bewahren, langwierige formelle Vorschriften und Vorverhandlungen fest. Auf der anderen Seite lässt er die Trennung von Tisch und Bett in denselben Fällen wie die Ehescheidung für diejenigen zu, denen ihr religiöses Bewusstsein und Gewissen die Annahme der letzteren verbietet.

Das Gesetzbuch hat die Bestimmungen der Revolution hinsichtlich der Geisteskrankheiten nicht recipirt; die Ehescheidungsgründe sind in den Art. 229—233 incl. enthalten; der Art. 212 desselben bestimmt: „Les époux se doivent mutuellement fidélité, secours, assistance.“ In gesunden und kranken Tagen, in Glück und Unglück sollen die Ehegatten zusammenbleiben und sich gegenseitige Hülfe und Unterstützung leisten. Mit dieser gesetzlichen

Digitized by Google

Verpflichtung der Eheleute würde es nicht übereinstimmen, wenn schwere leibliche oder geistige Krankheiten einen Grund abgäben, das auch auf sittlicher Basis beruhende Band der Ehe zu lösen. Der Art. 490 bestimmt:

„Tout parent est recevable à provoquer l'interdiction de son parent. Il en est de même de l'un des époux à l'égard de l'autre.

Art. 506. Le mari est de droit le tuteur de sa femme interdite.

Art. 507. La femme pourra être nommée tutrice de son mari."

Auch diese Bestimmungen unterstellen die Fortdauer der Ehe bei gerichtlich ausgesprochener Entmündigung des einen oder anderen Ehegatten. Die Bestimmungen des Code über die Ehescheidung fielen bald unter der Restauration der Reaction zum Opfer; das Gesetz vom 8. Mai 1816 hob die desfallsigen Vorschriften wieder auf. Der Kampf für die Wiederherstellung der Ehescheidung wurde lange ohne Erfolg geführt, bis endlich das Gesetz vom Juli 1884 Remedur ergehen liess, jedoch abermals vermissen wir die Zulassung der Geisteskrankheiten unter den Auflösungsgründen, obwohl der Deputirte Naquet, der sich um die Frage unstreitig grosse Verdienste erworben hatte, in seinem der Kammer vorgelegten Entwurfe la démence, la folie et la fureur, wie in den Revolutionsgesetzen ausdrücklich aufgenommen hatte. Siehe Alexandre Dumas fils, sur le divorce, pag. 7 et suiv.

Die Bestimmungen des Code Napoleon gelten auch in Rheinpreussen, Rheinbayern und Rheinhessen ohne Abänderung, ferner in Rumänien mit der Modification, dass nur die Ehescheidung gestattet ist, ebenso gelten sie in Belgien; auch in Elsass-Lothringen mit der Modification, dass durch das Gesetz vom 27. Nov. 1873 die Ehescheidung facultativ eingeführt wurde; auch hier gilt jetzt der § 77 des Reichs-Personenstandsgesetzes.

Die übrigen europäischen Länder. Italien kennt bis heute nur die Trennung von Tisch und Bett und keine Ehescheidung; in letzter Zeit präsentirte der Deputirte Morelli Salvatori ein Gesetzesproject hinsichtlich dieser Frage, das von der Kammer in Erwägung gezogen wurde; jedoch trotzdem sich der Justizminister dafür aussprach, verwarf zur grossen allgemeinen Ueberraschung

Digitized by Google

die Kammer in schliesslicher Abstimmung das obige, zur Einführung der Ehescheidung vorgeschlagene Gesetz. Der Strom und die Ideen der Zeit sind auch hier zu mächtig, als dass sie sich auf die Dauer bannen und unterdrücken lassen werden. Dieselben Gesetze existiren in Spanien und Portugal.

In England bestehen sowohl die Ehescheidung, wie die Trennung von Tisch und Bett; die maassgebenden Gesetze sind the divorce act vom Jahre 1857 und das Gesetz vom Jahre 1878; sie citiren als vorzügliche Trennungs- und Ehescheidungsgründe Ehebruch, widernatürliche Verbrechen und unter anderem auch unheilbare Krankheiten.

In Holland gelten die Bestimmungen des holländischen Gesetzbuchs vom Jahre 1838, die mit denen des Code Napoleon fast identisch sind, nur kennt es keine Ehescheidung kraft gegenseitiger Uebereinstimmung; es kennt sowohl Trennung von Tisch und Bett, als auch Ehescheidung; die letztere kann jedoch in Folge von sévires nur dann ausgesprochen werden, wenn sie das Leben des Ehegatten sei es in Gefahr bringen, sei es demselben tödliche Wunden beigebracht haben.

In Russland ist die Ehe der Form nach ein religiöser Act, aber der Zvood oder das russische Gesetz bestimmt seine Wirkungen und ebenso die Bedingungen ihres Eingehens. Die Scheidung gilt auch hier und stützt sich wesentlich auf drei Gründe: 1) Ehebruch, 2) Verurtheilung zu einer infamirenden Strafe mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte, 3) Abwesenheit während wenigstens fünf Jahren. Streng verboten ist die Scheidung kraft gegenseitiger Uebereinkunft. Neben dieser kirchlichen Ehe, die nur für Orthodoxe, sowie zwischen denselben und Andersgläubigen geschlossen werden kann, giebt es für die Sectirer eine Civilehe, die vor nicht langer Zeit eingeführt und auf's Neue durch ein Gesetz vom 19. April 1874 bestätigt wurde; dieselben Ehescheidungsgründe haben auch hier Gültigkeit.

Serbien kennt keine Civilehe, sondern nur die nach den durch die orthodoxe griechische Religion vorgeschriebenen Bedingungen eingegangene religiöse Ehe; die competenten Gerichtshöfe sind geistliche; die Ehescheidungsgründe stimmen im Wesentlichen mit denen des Code Napoleon überein.

In Bulgarien existirt die singuläre Bestimmung, dass der

Digitized by Google

Mann sich von seiner Frau scheiden, respective sie zurückschicken kann, wenn die Frau verrückt wird.

In Griechenland giebt es sowohl eine Trennung von Tisch und Bett, wie eine Ehescheidung, die stattfinden können wegen Ehebruch, Lebensnachstellung, schlechter Behandlung, Verurtheilung wegen eines Verbrechens, mindestens dreijähriger Abwesenheit und auch à cause d'incompatibilité d'humeur.

In Dänemark ist das unter Christian V. erlassene Gesetzbuch mit diversen Abänderungen heute noch zurechtsbeständig. Die Ehe ist zwar ein religiöser Act, allein die bürgerlichen Gesetze setzen die Ehescheidungsgründe, sowie die Wirkungen der Ehe allein fest; zu ersteren gehören Ehebruch, Abwesenheit, Zeugungsunfähigkeit und ansteckende Krankheiten, die beide vor der Ehe datiren müssen; im ersteren Fall müssen drei Jahre abgewartet werden, um zu sehen, ob die Unfähigkeit der Heilung nicht fähig ist; kraft gegenseitiger Uebereinkunft kann die Ehe erst nach drei Jahren getrennt werden.

In Schweden sind durch das Gesetz vom Jahre 1734 die Ehescheidungsgründe fast identisch wie in Dänemark festgesetzt worden; spätere Gesetze fügten noch hinzu Lebensnachstellung, Verurtheilung zu lebenslänglicher Einschliessung, sowie unheilbare Demenz, sofern der andere Ehegatte nicht die Veranlassung dazu gegeben hat. Schliesslich kann hier die Ehe noch durch königliche Verordnung wegen Verurtheilung zu entehrender Strafe, sowie wegen Unvereinbarkeit des Charakters geschieden werden.

In Norwegen gelten dieselben Bestimmungen, mit der Maassgabe, dass noch hinzutreten natürliche Unfähigkeit, sowie ekelhafte unheilbare Krankheit, die schon vor der Ehe bestanden.

In der Schweiz war früher in dieser Hinsicht jeder Kanton souverän, so kam es, dass die katholischen sich an das canonische Recht hielten, die Ehescheidung verwarfen, die protestantischen sie zuliessen. Das eidgenössische Gesetz vom 24. Dec. 1874 hat diese Fragen in einheitlichem Sinne dahin geregelt, dass es dem Bundesgericht in allen den Fällen auf Antrag beider Ehegatten die Entscheidung überlässt, in denen die Umstände ergeben, dass [redacted] meinschaftliche Leben unvereinbar mit der Natur der Ehe [redacted] Antrag nur eines Ehegatten muss dasselbe Gericht darauf [redacted] in Fällen von Ehebruch, Misshandlungen, Beleidigung[redacted]

Digitized by Google

theilung zu infamirender Strafe, böswilliges Verlassen und unheilbare Geisteskrankheiten.

Die Vereinigten Staaten Nordamerika's haben bis jetzt kein allgemein gültiges die Ehescheidung regelndes Gesetz; sie ist den einzelnen Staaten überlassen. Im Staate New-York gelten unter anderen als Scheidungsgründe Verrücktheit, Bigamie, Unfähigkeit; ähnliche Bestimmungen enthalten fast alle übrigen Staaten, sie weichen im wesentlichen nicht sehr von einander ab.

Oestreich und das Deutsche Reich. In Oestreich ebenso wie in Würtemberg variirten die Gesetze nach der Religion der Ehegatten, für die Katholiken gilt das canonische Recht, d. h. die Ehe ist unauflöslich, den Andersgläubigen ist die Ehescheiduug gestattet 1) wegen Ehebruch, 2) Verurtheilung zu fünf Jahren Einschliessung und darüber, 3) Verlassen der ehelichen Wohnung, 4) gesetzliche Abwesenheit, 5) Hinterhalte, die Leben und Gesundheit des anderen Ehegatten in Gefahr bringen, 6) wiederholte schlechte Behandlung und unüberwindliche gegenseitige Abneigung; Geisteskrankheiten sind kein gültiger Ehescheidungsgrund.

In Preussen hatte in dieser Frage die Reformation ihren Einfluss geltend gemacht; die Reformatoren legten die früher erwähnten Aussprüche Christi dahin aus, dass derselbe nur die willkürliche Scheidung des mosaischen Rechts gemissbilligt habe, keineswegs aber die obrigkeitliche Trennung der Ehe untersagt habe, und dass eine solche Trennung auch die Ehe dem Bande nach löse, ja sogar die Wiederverheirathung der Geschiedenen sei statthaft; die Ehescheidung sei jedoch nur wegen Ehebruch gestattet.

Die Brandenburgische Consistorialverordnung von 1573 liess zuerst dann dieselbe nur wegen Ehebruchs und böslicher Verlassung zu, und wurde derjenige, der sich ohne Ursache schied, mit Gefängnissstrafe und Landesverweisung bedroht. Die Circularverfügung vom 27. Sept. 1751 (NCC. de 1751 S. 157) und das Ehescheidungsedict vom 17. Nov. 1782 (NCC. de 1782 S. 1613) erweiterten die Zahl der Ehescheidungsgründe; auf letzterem beruhen die noch heute gültigen Bestimmungen des Allgemeinen preussischen Landrechts; unter seinen verschiedenen Ehescheidungsgründen erkennt dasselbe als solche Raserei und Wahnsinn an, vorausgesetzt, dass sie über ein Jahr ohne wahrscheinliche Hoffnung der Besserung fortdauern, jedoch ist darnach Blödsinn kein

Digitized by Google

Grund, die Ehe ist gültig, kann aber angefochten werden. Am 27. Dec. 1854 legte der preussische Justizminister Simons den Kammern einen Gesetzentwurf vor, nach dem die unzähligen seither gültigen Ehescheidungsgründe wesentlich eingeschränkt werden sollten; dieser Entwurf erlangte jedoch keine Gesetzeskraft. Das neue Reichsgesetz vom 6. Febr. 1875 über den Personenstand verfügt in § 77: „Wenn nach dem bisherigen Rechte auf beständige Trennung der Ehegatten von Tisch und Bett zu erkennen sein würde, so ist die Auflösung des Bandes der Ehe auszusprechen.“ Damit ist die Trennung von Tisch und Bett im deutschen Reich aufgehoben; die Feststellung der Ehescheidungsgründe bleibt den einzelnen Gesetzbüchern überlassen, welchen Zustand der Zerfahrenheit hoffentlich das neue Civilgesetzbuch durch einheitliche Regelung der Materie für das ganze deutsche Reich ein Ende machen wird.

Das sächsische Civilgesetzbuch nennt unter anderen als Ehescheidungsgründe Geisteskrankheiten, wenn nach der Aufnahme in eine Irrenanstalt während dreier Jahre aus einem Gutachten der Irrenärzte hervorgeht, dass die Geisteskrankheit unheilbar ist.

§ 1743. „Wegen Geisteskrankheit, in welche ein Ehegatte während der Ehe verfällt, kann der andere Ehegatte Scheidung verlangen, wenn auf Grund einer in einer Landesanstalt stattgefundenen dreijährigen Beobachtung des erkrankten Ehegatten von den Anstaltsärzten bezeugt wird, dass die Geisteskrankheit eine unheilbare ist.“

§ 1751. „Ein Recht auf Unterhalt nach richterlichem Ermessen steht, wenn die Ehe wegen unheilbarer Geisteskrankheit geschieden worden ist, dem geisteskranken Ehegatten, welcher sich nicht standesgemäss zu unterhalten vermag, gegen den anderen Ehegatten so lange zu, als das Bedürfniss dauert.“

In Baden gilt das Badische Landrecht, eine ziemlich getreue Uebersetzung des Code Napoleon mit der Modification, dass dreijähriger, unheilbar erklärter Wahnsinn als Scheidungsgrund beibehalten wird.

§ 232a B. L. „Auch Verschollenheit, dreijährige Landflüchtigkeit oder Wahnsinnigkeit von gleicher Dauer, werden unter den schon ehemals gesetzlich näher bestimmten Umständen ebenfalls als Scheidungsursachen beibehalten.“

Digitized by Google

Die gesetzlich näher bestimmten Umstände sind

g) „ein über drei Jahre andauernder, für unheilbar erklärter Wahnsinn, d. i. eine solche Verstandesverrückung, welche die Aufnahme in Irrenanstalten begründet, mithin alle Pflicht und Gelegenheit der häuslichen Pflege aufhebt."

In der Provinz Nassau gilt das gemeine Deutsche Recht; die Materie ist nicht codificirt. Die Rechtsprechung nimmt als Ehescheidungsgründe an: „Ehebruch, böswilliges Verlassen, Saevitien, widernatürliche Unzucht, Bigamie, beharrliche Verweigerung der ehelichen Pflichten, sowie Krankheiten, die die Gefahr einer Ansteckung für den Ehegatten fürchten lassen."

In Kurhessen ist seit hundert Jahren die Ehescheidung auf Grund unheilbaren Wahnsinns durch die Praxis der Gerichtshöfe anerkannt. Vergl. ***Roth*** und ***von Meibom,*** Kurhess. Privatr. § 90, No. 5, § 100, No. 18, ***Strippelmann,*** Ehescheidungsrecht, S. 197.

Im Grossherzogthum Hessen existiren in den Provinzen Starkenburg und Oberhessen gesetzliche Bestimmungen nicht, hier ist das gemeine protestantische Eherecht maassgebend, das einen Ehescheidungsgrund wegen Geisteskrankheit nicht kennt. Auch das Reichsgericht hat diesen Grund für das Gebiet des gemeinen Rechts nicht anerkannt. Siehe Band VII, No 50, S. 154ff. Reichsgerichtsentscheidungen.

In Rheinhessen gilt der Code Napoleon ohne Abänderungen.

Im Herzogthum Gotha gilt das Ehegesetz vom 15. Aug. 1834, das Raserei und Wahnsinn als Gründe unter bestimmten Umständen zulässt.

§ 113. „Raserei und Wahnsinn, in welche ein Ehegatte verfällt, können den Antrag des gesunden Ehegatten auf Trennung der Ehe alsdann begründen, wenn die Geistesstörung über ein Jahr gedauert hat und nach der von Unseren Justizcollegien zu erfordernden und nach Befinden der Umstände mittelst förmlichen Eides zu bekräftigenden Zeugnissen eines oder mehrerer Aerzte eine wahrscheinliche Hoffnung zur Wiederherstellung nicht vorhanden ist."

§ 114. „Der auf Scheidung antragende Ehegatte ist verpflichtet, nicht allein das in seinen Händen befindliche Vermögen des Geisteskranken zurückzugeben, sondern auch für die nach Ver-

Digitized by Google

hältniss des Standes nothdürftige Verpflegung desselben, insofern ihm dieselbe nicht aus eigenen Mitteln verschafft werden kann, nach seinem Vermögen und Kräften zu sorgen."

In Lübeck gilt das gemeine Recht, ebenso in Bremen, wo speciell das Landgericht in Sachen Westphal durch Urtheil vom 17. März 1882 die Geisteskrankheit als Grund nicht anerkannt hat.

In Hamburg gilt nach dortigem Privatrecht die Bestimmung, dass die schon vor der Ehe vorhandene und später zum Stumpfsinn entwickelte Anlage zu unheilbarer Epilepsie oder Geisteskrankheit den Antrag auf Annullirung der Ehe rechtfertigt, bei deren Eingehung sie vorhanden war.

In der Provinz Hannover gilt das gemeine, im Wesentlichen durch die Gerichtspraxis fortgebildete Recht, wonach wegen Geisteskrankheit auf Ehescheidung nur dann erkannt werden kann, wenn dieselbe eine selbstverschuldete wäre. Im letzteren Falle wird die Scheidung zugelassen, nur nicht bei Katholiken.

In Frankfurt a. Main galt das Gesetz vom 19. Mai 1850 „die bürgerliche Ehe betr.", welches die obligatorische Civilehe einführte. Geisteskrankheit findet sich hier nicht unter den acht Ehescheidungsgründen.

In Lippe-Detmold gilt gemeines Recht, particularrechtliche abweichende Bestimmungen oder eine modificirende Praxis bestehen nicht.

In Mecklenburg-Schwerin enthält das dortige Eherecht keinerlei Bestimmungen über unsere Frage.

In Bayern gilt im Allgemeinen das alte bayrische Landrecht, jedoch existiren in allen Bezirken eine Menge diese Ehefragen behandelnder und modificirender Statutarrechte. Eine Auflösung des Ehebandes giebt es demnach nur durch den Tod, dagegen eine Trennung von Tisch und Bett (quoad Thorum et Mensam).

1) wenn man mit dem Ehegatten ohne grosse Leibes- oder Seelengefahr nicht mehr leben kann und

2) um verübten Ehebruch willen, ausgenommen „wenn das Ehegemächt, welches die Scheidung begehrt, selbst dergleichen Verbrechen begangen oder dem anderen schuldhaften Anlass dazu gegeben oder sich mit Worten oder Werken wiederum ausgesöhnt hat, oder der Ehebruch ohne Verschulden, z. B. aus Zwang oder Irrthum geschehen." (Wortlaut der Gesetzesstelle.)

Digitized by Google

3) nach Umständen bei eingetretener Geistesstörung eines Ehegatten.

In Sachsen-Weimar hat die Praxis die Bestimmung eingeführt, dass Geisteskrankheit, wozu die Anlage ohne Kenntniss des anderen Ehegatten schon vor Eingehung der Ehe bestanden habe und die durch Verschulden des anderen während der Ehe unheilbar geworden sei, Grundlage einer Scheidungsklage abgeben könne.

Anbei Abschrift einer Klage mit Entscheidungsgründen.

„Im Juli 1861 hatte die verehelichte Aurelie Burkhardt, geb. Tretbar, damals zu Marea, gegen ihren Ehemann, den Gerbermeister Christian Friedrich Ludwig Burkhardt in Jena, bevormundet durch den Oekonomen Friedrich von Hellfeld daselbst, Klage auf Ehescheidung wegen Wahnsinn erhoben.“ Auf diese Klage gab das Grossherzogliche Kreisgericht in Weimar unter'm 4. August 1861 folgende Entscheidung:

„dass weil die libellirte Krankheit des Ehemanns nach Inhalt der Klage erst während der Ehe entstanden, weil ferner deren definitiv feststehende Unheilbarkeit ausdrücklich nicht behauptet, und weil auch Thatsachen dafür, dass diese Krankheit lediglich aus Verschulden des Ehemannes hervorgegangen, und zu ihrem jetzigen Bestande gelangt sei, aus der Klage bestimmt nicht zu ersehen sind, diese Krankheit ebendaher einen Scheidungsgrund nicht abgeben kann, sondern als ein dem anderen Ehegatten betroffenes Unglück

> zu tragen ist und dass deshalb dem klägerischen Suchen nicht stattzugeben, Klägerin auch die Kosten des Processes zu tragen schuldig sei u. s. w.“

Auf von der Klägerin hiergegen eingewendete Berufung erkannte das Grossherzogliche Appellationsgericht zu Eisenach unter'm 22. October 1861 für Recht:

> „dass es des rechtzeitig ergriffenen Rechtsmittels ungeachtet bei dem angefochtenen Dekrete bewende u. s. w.“

In den Gründen heisst es unter anderem:

„Da nun in der Klageschrift weder bemerkt ist, dass die Krankheit des Beklagten schon vor Eingehung der Ehe der Streittheile vorhanden war, solche vielmehr nach dem Klagevortrage während der Ehe entstanden zu sein scheint, noch dass der Beklagte die

Digitized by Google

Krankheit selbst verschuldet habe, wohl aber behauptet wird, dass nach dem Gutachten des Arztes eine völlige Heilung sich nicht erwarten lasse, so entsteht die Frage, ob ein während der Ehe ohne Verschulden entstandener Wahnsinn des einen Ehegatten für den anderen ein gültiger Grund zur Ehescheidung sei."

Das unterzeichnete Appellationsgericht hat ungeachtet der entgegenstehenden Ansicht mehrerer Rechtsgelehrten und verschiedener Spruchbehörden, wiederholt für die Verneinung obiger Frage mit einer nicht geringen Anzahl von Rechtsgelehrten, *Glück*, Commentar Bd. XXVI und die Not. 16 daselbst genannten Schriftsteller, *Richter*, Lehrbuch des Kirchenrechts, § 269 und von Spruchbehörden, zu welchen insbesondere das Oberappellationsgericht zu Jena gehört, *Emminghaus*, Pandekten des sächs. Rechts, Seite 268, No. 47, *Seuffert*'s Archiv, Band V, No. 295, VII, No. 58, sich entschieden, dabei von folgenden Gründen ausgehend:

„Der Wahnsinn, wo er nicht durch besondere landesgesetzliche Bestimmungen unter die Ehescheidungsursachen aufgenommen worden, kann nach gemeinem deutschen Rechte nicht dazu gerechnet werden, da auch nach der Ausdehnung, welche die protestantische Praxis den Scheidungsgründen gegeben, die Scheidung doch immer nur durch Verschuldung eines Ehegatten herbeigeführt werden darf, da ferner das Band der Ehe nicht blos für die Zeit des Glücks, sondern auch für den Fall des Unglücks und der Noth geschlossen ist, und ohne Imputabilität Niemandem erworbene Rechte gegen seinen Willen entzogen werden dürfen."

„Das Weimarische Recht enthält nun keine besonderen Bestimmungen, durch welche eine während der Ehe entstandene Geisteskrankheit als Scheidungsgrund anerkannt wäre, auch die Praxis der Gerichte lässt sich nicht dafür anführen, vielmehr spricht die angezogene Entscheidung des Oberappellationsgerichts in Jena dagegen und es rechtfertigt sich daher die Abweisung der Klage."

Im März 1862 erhob dann die verehelichte Aurelie Burkhardt gegen ihren Ehemann anderweite Ehescheidungsklage, in welcher sie ausführte, dass der Wahnsinn des Ehemannes unheilbar sei und von diesem durch Trunksucht verschuldet sei.

Darauf gab das Kreisgericht Weimar unter'm 17. September 1862 den Bescheid:

„In Betracht, dass die Klage die Behauptung enthält, Be-

Digitized by Google

klagter habe, ohne dass die Klägerin davon Kenntniss gehabt, schon vor dem Heirathen der Klägerin die Anlage zur Geisteskrankheit gehabt und diese letztere sei während der Ehe durch Schuld des Beklagten, nämlich durch seine fortdauernde Trunksucht zur unheilbaren geworden, dass für diese Behauptungen auch auf mehrere specielle Thatsachen, sowie besonders auf die Physicatsgutachten bezogen worden ist,"

„dass auch die Klage Thatsachen lebensgefährlicher Bedrohung der Klägerin durch den Beklagten umfasst,"

„dass endlich des Beklagten Zustandsvormund alle diese Thatsachen als wahr eingeräumt hat, ohne dass bei diesem Eingeständnisse eine Collusion des Vormunds mit der Klägerin anzunehmen ist,"

„ist die zwischen beiden Theilen bestandene Ehe wieder zu trennen und aufzuheben u. s. w."

Für die Ansicht, dass Wahnsinn des einen Ehegatten, auch wenn er nicht verschuldet ist, dem anderen Grund zur Scheidungsklage gebe, ist in den Schriften der Klägerin Bezug genommen auf:

Böhmer, Dec. III. 1. 96.

Brückner, Dec. jur. matr. c. 23, S. 203.

Leyher, Med. sp. 315, No. 2.

Weber, Kirchenrecht II, 3. S. 1274.

Martin, Jahrbuch für Ges. u. Rechtspflege für Sachsen 1829, Heft I.

Wochenblatt für merkw. Rechtsf. 1845, S. 160.

Langnick, Sächs. Eheprocess, § 40, S. 142, 143.

Emminghaus, Pandekten, S. 268, No. 45.

Im Herzogthum Meiningen gilt das gemeine protestantische Kirchenrecht, wonach unsere Frage theoretisch streitig ist. Die Gerichte folgen der strengeren Ansicht, wonach Wahnsinn als ein Unglücksfall von den Eheleuten getragen werden muss.

In den Anhaltischen Fürstenthümern sind die Scheidungsgründe nicht lange gesetzlich geregelt, es gilt ebenso wie in Reuss ältere und jüngere Linie das gemeine sächsische Recht, wonach lediglich unheilbare Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund angesehen wird.

Im Grossherzogthum Oldenburg giebt es keine die Frage regelnde Landesgesetze, jedoch hat sich eine constante Praxis dahin

Digitized by Google

gebildet, dass unheilbarer unverschuldeter Wahnsinn als Ehescheidungsgrund anerkannt wird.

Auch in neuester Zeit ist entgegen der Entscheidung des Reichsgerichts (Bd. VII, pag. 154 folgd.) diese Praxis vom dortigen Landgerichte Wichmann contra Wichmann, S. 189 festgehalten. Vergl. Archiv für die Praxis des gesammten im Grossh. Oldenburg geltenden Rechts, Bd. VI, pag. 191, vergl. auch Bd. VIII, pag. 101.

Im Herzogthum Braunschweig ist Wahnsinn kein Ehescheidungsgrund und haben die dortigen Gerichte derartige Klagen auf Grund der gemeinrechtlichen Bestimmungen, der Doctrin und der Praxis stets zurückgewiesen. Besondere particularrechtliche Bestimmungen über die Ehescheidungsgründe existiren hier nicht. Da aber dem Staatsoberhaupte hier das Recht zusteht, aus landesherrlicher Machtvollkommenheit Ehen zu scheiden, so hat man in solchen Fällen die Scheidung der Ehe eines unheilbar Wahnsinnigen auf diesem Wege mehrfach bewirkt. Andere möglicherweise heilbare Geisteskrankheiten sind noch niemals als Gründe weder im Process, noch im Gnadenwege zugelassen oder anerkannt. Ich verweise auf die verschiedenen Entscheidungen der dortigen Gerichte, welche in der Zeitschrift für Rechtspflege im Herzogthum Braunschweig Bd. IX, No. 6, Seite 86 de 1861 und Bd. XXIII, No. 11, Seite 170 de 1876 abgedruckt sind.

Im Fürstenthum Schwarzburg-Sondershausen sagt das dort geltende Gesetz „betreffend die zulässigen Gründe und rechtlichen Folgen der Ehescheidungen, sowie das Verfahren", dass gänzliche Trennung der Ehe durch richterliches Erkenntniss ausser anderen Gründen wegen Geisteszerrüttung zulässig ist unter folgenden § 11 dess. Gesetzes angegebenen Gründen.

§ 11. Geisteszerrüttung, in welcher Form sie sich auch zeige, gilt als ein Ehescheidungsgrund, wenn der Geisteskranke sich dieselbe absichtlich oder durch eigene grobe Verschuldung zugezogen hat, — ausser diesem Falle aber nur dann, wenn die Geisteskrankheit für unheilbar zu achten ist und auch bereits zwei Jahre hindurch ohne Aussicht auf Herstellung gedauert hat.

Im Fürstenthum Schwarzburg-Rudolstadt wird nach der Doctrin und Praxis der Grundsatz befolgt, dass ein während der Ehe eingetretener Wahnsinn, sobald er nicht auf ein Verschulden des Er-

Digitized by Google

krankten nachweislich zurückgeführt werden kann, selbst wenn er unheilbar sein sollte, als Ehescheidungsgrund nicht anerkannt wird.

In Mecklenburg gewährt nach dortigem Eherecht Geisteskrankheit eines Ehegatten, welche erst nach der Eheschliessung eintritt, dem anderen Theile keinen Ehescheidungsgrund; dies folgt daraus, dass die Consistorialordnung vom 31. Januar 1570 (*Genzken* und *Scharenberg*, Gesetzsammlung, S. 178 fg.) in Tit. VIII nur zwei Gründe anerkennt, die bösliche Verlassung und den Ehebruch. Von ersterem handelt der Abschnitt:

„Vom Weglaufen und muthwilliger Desertion der Eheleute."

Von letzterem der Abschnitt:

„Vom Ehescheiden."

Wenn es in dem ersteren heisst:

„Aber da einer auss Ehrhafften und ehrlichen ursachen abwesend wäre, als in gefängnissen in des Reichs, oder wider den Türken Kriegssachen, und dergleichen, da sol das Ehegemahl gedültig des andern widerkunfft erwarten."

so gilt dies auch von dem Ausbruch einer Geisteskrankheit.

Im Fürstenthum Waldeck existiren und gelten die canonischen Bestimmungen.

In Sachsen-Altenburg gilt die Eheordnung vom 13. Mai 1837, die in § 207 bestimmt, dass gänzliche während der Ehe eingetretene Verstandeszerrüttung einen Grund abgiebt auf Scheidung zu dringen, wenn sie bei angewendeter ärztlicher Hülfe länger als ein Jahr gedauert, die Unwahrscheinlichkeit der Herstellung nach vorheriger gerichtlicher Untersuchung dargethan und drittens der andere Ehegatte hinlängliche Sicherheit für die Bezahlung der Kosten gestellt hat!

Die hierher gehörigen Paragraphen sind:

§ 192. Ehen, welche ohne freiwillige Einwilligung beider Theile namentlich während einer Geisteszerrüttung eingegangen worden sind, können als ungültig getrennt werden.

§ 234. Gänzliche, während der Ehe eingetretene Verstandeszerrüttung giebt einen Grund, auf Scheidung zu dringen, ab, wenn sie

1) bei angewendeter ärztlicher Hülfe länger als ein Jahr gedauert,

Digitized by Google

2) die Unwahrscheinlichkeit der Herstellung nach vorgängiger gerichtlicher Untersuchung dargethan, und

3) der Ehegatte, der die Trennung der Ehe verlangt, wegen der Kosten, die für die nach Verhältniss des Standes nothdürftige Erhaltung des in Gemüthszerrüttung Verfallenen sowohl, als für die Aufsichtsführung über ihn erforderlich sind und aus dessen Vermögen nicht bestritten werden können, hinlängliche Sicherheit zu bestellen, oder sonst dessen nöthige Versorgung zu bewirken im Stande ist.

Nach dieser Aufzählung der Gesetze sämmtlicher cultivirten Völker und Staaten und speciell unseres deutschen Heimathlandes, dessen Gesetzgebung durch verwirrende, heute noch geltende Mannigfaltigkeit glänzt, beginne ich mit der ersten Frage also lautend:

„Soll Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund betrachtet werden?"

Die Frage ist meiner Ansicht nach unbedenklich zu bejahen.

Die angeführten Gesetze liefern uns fast ebensoviel Material, als es Staaten sind; denn fast in jedem finden wir von dem anderen abweichende Modificationen. Dem gemeinsamen Fehler verfallen sehr viele, insofern sie anstatt von Geisteskrankheiten im Allgemeinen zu sprechen, von Wahnsinn, Raserei und Blödsinn, Démence, Folie, Fureur reden und dass sie damit manchmal sogar specielle Formen meinen.

Schon *Brefeld* sagt in seiner Abhandlung, dass jegliche Eintheilung vom Uebel ist und in den Gesetzbüchern keinerlei Begriffsbestimmungen, sowie namentliche Aufnahme ihrer Formen stattfinden sollen, dies diene nur dazu, den Richter zu verwirren, der nicht zugleich Psychiater ist; die sachverständige Exploration, Untersuchung und Begutachtung, auf Grund deren er sein Urtheil über die in den Gesetzen ihm zur Entscheidung überwiesenen Fragen von höchster Wichtigkeit zu fällen hat, habe er letzterem vollständig zu überlassen. Aufgabe der Psychiatrie, die als Wissenschaft in den letzten fünfzehn Jahren einen solchen Aufschwung genommen, dass sie heute ebenso gut wie die innere Medicin die Diagnose jeder Geisteskrankheit nach bestimmten klinischen Merkmalen stellen kann und die fast für alle Formen übereinstimmende, fast bestimmte Nomenclaturen angenommen hat, ist und bleibt es das expertische Gutachten abzugeben, die Form, Folge

Digitized by Google

kungen der Geisteskrankheit detaillirt festzustellen, denn hiervon hat der Richter kein Verständniss.

Die neueren deutschen Gesetze, wie die Civilprocessordnung, haben diese Bahn beschritten und sprechen nur noch von Geisteskrankheiten, oder wie das Strafgesetzbuch § 51 unter den Strafausschliessungsgründen von krankhafter Störung der Geistesthätigkeiten und mit Recht aus eben angeführten Gründen.

Andere ihrer Bestimmungen sind wieder mangelhaft; so z. B. sind die nach der Civilprocessordnung bei der Interdiction aufgenommenen, den Irrenarzt quasi controllirenden Maassregeln des Besuchs und der Befragung des Kranken seitens des Richters in der Irrenanstalt ganz überflüssig und für den Kranken höchst schädlich; denn je nach dem Zustande und der Form der Krankheit kann der Irre unter Umständen bei der Anwesenheit des Richters lucide sein und ganz vernünftig reden, sodass der letztere gar nicht an Geistesstörung glauben könnte, wenn ihn nicht der Sachverständige belehrend aufklärte. Auf der anderen Seite wirken diese richterlichen Interrogationen unter Umständen nur aufregend und sein Leiden verschlimmernd auf den Geisteskranken. Diese Bestimmungen sind trotz energischer Petition der Irrenärztecongresse angenommen worden und documentiren so recht klar das Mangelhafte der neuen Gesetze, was freilich nicht zu verwundern ist, denn bei der Commission, die für die Bearbeitung der auf dem Gebiete der Psychiatrie so wichtigen Materie eingesetzt wurde, waren die Fortschritte letzterer nicht berücksichtigt und kein Sachverständiger bei der Abfassung zugezogen worden.

Auf die in der Einleitung angeführten Gesetze können wir uns zur Bejahung unserer Frage nicht berufen, da mindestens ebensoviel dieselbe verneinen. Grosse Gesetzbücher, wie das östreichische und französische erkennen sie nicht an, andere lassen sie zu. In Preussen liess sie das Ehescheidungsedict vom Jahre 1782 mit der Maassgabe zu, dass die Geisteskrankheit unheilbar sein müsse und die Familie in Nahrungs- und Gewerbserwerb zurückgehe respective zu Grunde gehe.

Ebenso lässt sie das Preussische Landrecht zu, indem es im § 698 unter Raserei und Wahnsinn, wie Dr. ***Martini*** in seiner Abhandlung über die Begriffsbestimmungen der Geisteskrankheiten nach preussischem Landrecht, ausführt, Geisteskrankheiten über-

Digitized by Google

haupt versteht. Im Jahre 1854 hat die Justizcommission der preussischen Kammern gegen die Aufhebung des Ehescheidungsgrundes folgende Gründe aufgeführt.

1) „Die unheilbare Geisteskrankheit sei analog dem Tode; wenn man sich darauf stütze, was Gott zusammengefügt, solle der Mensch nicht scheiden, so habe dies hier keine Anwendung, denn Gott selbst habe die Ehe durch unheilbare Geisteskrankheit geschieden."

2) „Das Wesen der Ehe, die sittliche Gemeinschaft, habe durch Geisteskrankheit aufgehört; und zwar in der Aufhebung einer solchen nicht vorhandenen Ehe liege das Sittliche, es sei das Gegentheil, solche Ehe aufrecht zu erhalten, ja es werde der ganze erhebende Eindruck der früher glücklichen Ehe durch die fortgesetzte Gemeinschaft mit dem nun geisteskrank gewordenen Gatten zerstört."

3) „Ferner sei es eine Härte gegen den anderen Ehegatten, der vielleicht noch jung und schon nach kurzer Ehe also an seinen wahnsinnigen Ehegatten gebunden bleiben solle. Mancher Mann könne selbst für seinen Vermögensbetrieb der Frau nicht entbehren, werde also ohne die Möglichkeit anderweitiger Ehe in seinen Nahrungsverhältnissen zu Grunde gerichtet."

4) „Ueberall aber liege in der Versagung der Ehescheidung die Verleitung zum Concubinat. Man möge deshalb nicht der Consequenz eines Princips das practische Bedürfniss des Lebens opfern."

5) „Ferner könne man wegen der eigenthümlichen Natur der Geisteskrankheiten sie nicht wohl mit anderen Krankheiten auf eine Linie stellen. Denn während bei jeder anderen Krankheit es dem anderen Theile möglich bleibt, dem Kranken zur Seite zu stehen, ja nicht selten gerade bei Krankheitsfällen sich das innerste Wesen der Ehe durch liebevolle Treue in Pflege und Beistand vorzugsweise zu erklären im Stande ist, wird es beim Wahnsinn in den wenigsten Fällen dem gesunden Gatten gestattet sein, an der Pflege des Kranken Theil zu nehmen, und wie er dadurch äusserlich von ihm getrennt ist, trennt die Geistesverwirrung des Einen auch das innerliche geistige Band zwischen den Ehegatten, so dass die zu einer wahren Ehe nothwendige geistige Gemeinschaft bei dem Wahnsinn des Einen nicht mehr fortbestehen kann. Darum habe auch

Digitized by Google

die Praxis des gemeinen Rechts gerade bei diesem Ehescheidungsgrunde am häufigsten von der Strenge seines Princips abgelassen und durch das Auskunftsmittel der separatio per rescriptum principis zu helfen gesucht, wie z. B. die Acten des Appellationsgerichts zu Greifswald ergeben, dass in wiederholten Fällen, wenn die Ehescheidungsklage auf den Wahnsinn des einen Theils basirt war, und der Kläger, weil das gemeine Recht diesen Ehescheidungsgrund nicht anerkennt, durch gerichtliches Erkenntniss abgewiesen werden musste, der Gerichtshof selbst in seinem abweisenden Urtheile dem klagenden Theil unterstellte, den Landesherrn um die Scheidung anzugehen, und dass dieser denn auch in wiederholten Fällen die Ehe durch landesherrlichen Befehl trennte.

So habe das Oberappellationsgericht am 7. Juli 1806 auf die wegen Wahnsinns angestellte Ehescheidungsklage Kasten wider Kasten erkannt:

> „dass der Klägerin anheimgestellt werden müsse, unmittelbar bei Sr. Königlichen Majestät eine Dispensation in Ansehung des Ehebandes nachzusuchen"

und durch allerhöchsten Erlass vom 22. April 1807 sei denn nachgesuchte Ehescheidung aus den vorgebrachten gültigen Gründen bewilligt. Auch ein neuer Präcedenzfall in Neu-Vorpommern sei aus dem Jahre 1825, wo ein Fischer Fahrbrodt zu Wych seine Majestät um Ehescheidung von seiner wahnsinnigen Frau bat, dem ebenfalls auf Grund des vom Oberappellationsgericht erstatteten Berichts durch Erlass vom 13. März 1825 stattgegeben wurde.

Für die Aufhebung des Ehescheidungsgrundes wurden dagegen folgende Gründe geltend gemacht:

1) „Principiell lasse sich nicht rechtfertigen, diese Art der Krankheit in ihrer Wirkung auf das Eheband von jeder anderen zu unterscheiden, denn der Wahnsinn, welcher einen Ehegatten heimsucht, sei doch schliesslich nichts anderes wie eine andere Krankheit, ein anderes Unglück, das eine Ehe trifft und welches eben von beiden Ehegatten gemeinschaftlich getragen werden soll. Sage doch schon *Ulpian:*

> Quid tam humanum est, quam fortuitis casibus mulieris maritum, vel viri uxorem participem esse."

2) „Ueberdies sei es eine medicinische Unmöglichkeit, die Unheilbarkeit des Wahnsinns mit objectiver Gewissheit festzustellen,

Digitized by Google

so dass auch hierin ein Argument für den Wegfall dieses Scheidungsgrundes gefunden werden müsse."

3) „Ueber die Missstände, die die Aufhebung dieses Ehescheidungsgrundes in einzelnen Fällen hervorrufen könne, dürfe man sich freilich nicht täuschen. Es liege aber gerade hier recht eigentlich der Fall vor, wo die Obrigkeit in Anerkennung der Beschränktheit ihrer Macht und Einsicht, grosse Uebelstände lieber stehen als durch den Versuch sie zu heben grössere herbeiführen solle."

4) „Der Wahnsinn sei auch nicht analog dem Tode; so lange der Gatte lebe, könne man nicht behaupten, dass Gott die Ehe geschieden hätte."

5) „Die sittliche Gemeinschaft, welche das Wesen der Ehe sei, bestehe nicht blos in dem Austausch der Gedanken und Empfindungen, sondern vor Allem in der gegenseitigen Pflicht und Treue; durch den Wahnsinn sei nur jener Austausch, aber nicht die Bewährung dieser Pflicht und Treue unmöglich gemacht."

6) „Der Wahnsinn sei ein Unglück, ähnlich wie jedes andere Unglück, z. B. ekelhafte Krankheit u. s. w. und müsse deshalb gleich diesen von Anderen getragen werden. Die Gesetzgebung könne dagegen keinen Freibrief ausstellen, könne nicht denjenigen, der von solchem Unglück betroffen werde, um deswillen von seinen Verpflichtungen entbinden."

7) „Ueberdies habe der Wahnsinn der Frau — der bei weitem häufigere Fall — oft seine Ursache gerade im Kindbett oder in Misshandlungen des Mannes, wo dann die Unentschuldbarkeit der Verstossung noch einleuchtender sei."

8) „Es verletze das öffentliche moralische Gefühl, wenn der gesunde Theil sich der vollen Lebensbefriedigung in neuer Ehe hingebe, während der Wahnsinnige im Irrenhause der ganzen erniedrigenden (? ?) Behandlung ausgesetzt sei."

9) „Auch die Pflege des Wahnsinnigen leide, wenn sein Gatte sich wieder verheirathe."

10) „Bei dem schon unter 2) angegebenen Grunde, dass nach Zugeständnissen der ersten medicinischen Autoritäten die Unheilbarkeit des Wahnsinns niemals mit Sicherheit constatirt werden könne, wurde die Ehescheidung immer auf's Ungewisse gewährt, dass der Wahnsinnige wieder zum Bewusstsein kommt und seinen Gatten anderweit verheirathet findet."

Digitized by Google

11) „Dieser Scheidungsgrund habe im byzantinischen Kaiserreich, wo Leo ihn einführte, sich nicht behaupten können; die Gesetzgebung der grösseren Staaten, wie z. B. der Code Napoleon und das östreichische Gesetzbuch (bezüglich der Protestanten) enthalte ihn nicht, und habe sich da, wo er fehlte, z. B. in der preussischen Rheinprovinz, kein practisches Bedürfniss desselben geltend gemacht."

Die Gründe gegen die Aufhebung der Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund basiren im Allgemeinen auf Wahrheit und entsprechen mehr den Forderungen der Logik und der Psychiatrie als Wissenschaft, die eine Widerlegung der fürsprecherischen Gründe in vollstem Maasse gestatten.

Die Frage der Heil- und Unheilbarkeit der Geisteskrankheiten betreffend, drückt sich Dr. *E. Martini*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band XIV, in seiner Abhandlung „Ueber Aufhebung des Ehescheidungsgrundes" Raserei und Wahnsinn nach preussischem Landrecht, folgendermaassen aus:

„Ich gebe zu, dass es keine allgemein gültigen, mit objectiver Gewissheit festzustellenden Zeichen der Unheilbarkeit der Geisteskrankheit gebe, allein es giebt auch keine positiven mit objectiver Gewissheit zu erweisenden Zeichen der Heilbarkeit. *Langermann* sagte, wer heilbar ist, „weiss Gott allein" und er hatte Recht, aber dieser Satz ist nicht umzukehren, denn wer unheilbar ist, wissen in vielen Fällen die Irrenärzte, könnten und sollten es einigermaassen wissen."

Die Psychiatrie erkennt heute

1) als unheilbar die in den heutigen Verhältnissen liegende und mit dem grösseren Kampf um's Dasein immer wachsende und an Ausdehnung zunehmende progressive Paralyse, Dementia paralytica, an der weit häufiger Männer als Frauen leiden. In der neueren Literatur finden sich mehrfach Aufzeichnungen von Heilungen, so will Dr. *Sutherland* in London drei Fälle geheilt haben, sowie *Billod* (Annales médico-psychologiques) einen Fall; weiter sind gemeldet von *Flemming* (Irrenfreund 1877, H. 1 und 2), *Schüle* (Zeitschrift für Psychiatrie 32, H. 6), *Gauster* (op. cit. p. 18 und psychiatr. Centralblatt 1875, 1 und 2), *Oebecke* (Zeitschrift für Psychiatrie. Siehe ferner Annal. médico-psychologiques 1879), *Mai* (Irrenfreund 1879, 8); *Stölzner*, Irrenfreund 1877, 8; *Nasse*,

Digitized by Google

ebenda 1870, 7; *L. Meyer*, Berliner klinische Wochenschrift 1878, 21.

Trotz dieser anscheinend grossen Heilungsfälle halten die erfahrensten Irrenärzte an der maassgeblichen Ansicht fest, dass diese Krankheit im Voraus jede Hoffnung auf Genesung ausschliesst, sei es dass jene angeblichen Heilungen entweder keine Dementia paralytica waren, oder wenn sie es in Wirklichkeit waren, die Wiederherstellung keine dauernde, sondern nur eine öfters wiederkehrende Intermission war, auf die in kurzer Bälde ein erneuter heftiger Anfall folgte. An dieser schrecklichen Krankheit, die so recht ein Kind unserer nach Reichthum und Genusssucht strebenden und jagenden Menschheit und Zeitalters ist, leidet von männlichen Irren der 8. Theil und von weiblichen der 31. oder von je hundert 13,76 Männer und 3,16 Frauen. Zweifellos geht hieraus hervor, dass 12 pCt. aller Irren schon vom ersten Stadium ihrer Krankheit an objectiv erweislich für unheilbar zu erachten sind. Der Umstand jedoch, dass die an progressiver Paralyse, vulgo Gehirnerweichung Leidenden die letzte Zeit ihrer Krankheit gewöhnlich in der Familie zubringen und dort ihr trauriges Dasein beschliessen können, da sie ja durch Lähmungen vollständig hülflos und ungefährlich sind, führt es jedoch meist mit sich, dass in diesen Fällen am wenigsten die Ehescheidung nachgesucht wird, es sei denn von armen Leuten, denen die Erhaltung und Ernährung ihres Familienvaters unerschwinglich ist.

2) Können ferner als unheilbar diejenigen Geisteskrankheiten betrachtet werden, die länger als drei Jahre ohne Erfolg in Irrenanstalten behandelt worden sind. Die practische Erfahrung sowie die Statistik ergeben, dass die Heilbarkeit des Irrseins mit der Dauer der Krankheit im diametralen Gegensatze steht; je länger die Krankheit besteht, desto gewisser und sicherer die Unheilbarkeit: Von circa 2500 Kranken können im ersten Jahre als geheilt 833 entlassen werden, im zweiten 133, im dritten nur 7; von den im zweiten und dritten Jahre als geheilt Entlassenen 139 wurden 42 rückfällig. *Martini* sah über drei Jahre hinaus nur einen einzigen an Melancholie leidenden Mann genesen. Der berühmte *Willis* erklärte seiner Zeit im englischen Parlament, dass von denjenigen, deren Krankheit nicht drei Monate andauerte, 91 pCt. geheilt werden, *Burrow* 81. Mit diesen Erfahrungen der Psychiatrie und

Digitized by Google

Statistik stimmen die wenigsten Gesetzgebungen; sie alle kränkeln und leiden an dem Mangel, dass die Frist der Unheilbarkeit zu kurz gemessen ist; nach drei Jahren findet fast keine Heilung mehr statt, indem der pathologische Process der Geisteskrankheit, die eine functionelle Erkrankung der Hirnrinde ist, dann jedenfalls mit einer organischen Veränderung der Substanz des Gehirns und seiner Häute entweder beendigt oder soweit vorgeschritten ist, dass an eine Rückbildung oder Einhalt nicht mehr zu denken ist.

Nicht nöthig glaube ich zu haben, die Bemerkung zurückzuweisen, dass die Geisteskranken heute in den Anstalten einer erniedrigenden Behandlung theilhaftig werden; wer die humane Behandlung dieser unglücklichsten aller Geschöpfe aus persönlicher Anschauung in den Irrenhäusern, die keine Zuchthäuser oder Gefängnisse sind, sondern reelle Gesundheitsanstalten, geleitet von wissenschaftlich tüchtig gebildeten Männern, kennt, sieht sofort das Unbegründete dieser Behauptungen mit erstem Blick. Im Gegentheil, diese Anstalten, die heute noch vom Publikum mit wegwerfenden Bemerkungen besprochen werden, sind die einzigen Orte, in die die Kranken sofort gebracht, die nöthige ärztliche sachverständige Behandlung erfahren, und in denen die Kranken die nöthige Ruhe und Erholung von allen sie störenden Beziehungen zur Familie, Aussenwelt, Politik, bürgerlicher Thätigkeit finden und baldiger Genesung entgegensehen. Sind einmal die ungerechtfertigten Vorurtheile des Publikums gegen diese Anstalten überwunden, wird der Procentsatz der Geheilten sich noch in staunenerregender Weise steigern.

Auch die obige Annahme, die noch von ***Esquirol, Haslam*** und Anderen getheilt wird, dass die Frau häufiger an Wahnsinn leide als der Mann und dieser seine Ursache meistens in Kindbetten und Misshandlungen seitens des letzteren habe, ist in dieser Allgemeinheit nicht richtig. Denn das Ueberwiegen der Frauen in den Irrenanstalten hat erstens seinen Grund in der geringeren Sterblichkeit, z. B. wegen seltenen Vorkommens von Dementia paralytica, zweitens darin, dass das Irresein bei ihnen sofort sich derartig heftig und unanständig gestaltet, dass eine Aufnahme unbedingt erforderlich ist, drittens darin, dass die weibliche Population überwiegt und viertens, dass das Irresein sich leichter auf das weibliche Geschlecht fortpflanzt. Bestritten kann allerdings

Digitized by Google

nicht werden, dass die physiologischen Phasen der Schwangerschaft, des Puerperiums und des Klimakteriums häufig genug die Ursache zum Irresein abgeben. Auch ist das Weib von Natur schon an Kraft dem Manne unterlegen, wozu noch die vorhin genannten Zustände wesentlich beitragen. Auf der anderen Seite hat der Mann für die Familie zu sorgen, er führt den Kampf um's Dasein fast allein, wozu noch die Umstände hinzukommen, dass er häufiger dem Bacchus und der Venus fröhnt, respective Alkoholexcessen unterliegt und geschlechtliche Ausschweifungen ihn mehr angreifen als die Frau, obwohl letztere geschlechtlich bedürftiger ist. Die Stellung letzterer im heutigen socialen Leben ist entschieden eine unhaltbare, bei ihnen spielen die Geschlechtsfunctionen die erste Rolle, deren Befriedigung sie seither in der Ehe fanden. Mit den gesteigerten Ansprüchen an's Leben, mit dem immer schwerer sich gestaltenden Kampf um's Dasein wächst die Ehelosigkeit in riesigem Maassstabe, die Folge davon ist die Zunahme der Zahl der ledigen Frauen; die niederen Stände sowie der Mann fröhnen ihren geschlechtlichen Trieben durch ausserehelichen Umgang; den Frauen höherer Stände, in denen gerade die Ehen immer seltener und später geschlossen werden, verbietet ihre Ehre die Betretung dieser Bahn. Ausserdem hat der Mann im öffentlichen Leben einen Beruf zu erfüllen, der ihm eventuell Ersatz bietet, auch hiervon ist das Weib ausgeschlossen. Die Frage der Emancipation der Frauen ist eine der wichtigsten der heutigen Gesetzgeber; die Wahl eines Berufes sollte ihnen ebenso wie dem Manne freigestellt werden, der sie für die Ehelosigkeit entschädigen würde. Ausonsten werden sie missmuthig, unzufrieden mit sich und ihren Mitmenschen, fangen an zu grübeln und Gedanken sich hinzugeben, um schliesslich sich der Religion in die Arme zu werfen. Das Endresultat bleibt, dass solche religiöse Schwärmerinnen sich der Masturbation ergeben, bald den mannigfaltigsten Hirn- und Nervenkrankheiten verfallen, um schliesslich die zahlreichsten Insassen der Irrenanstalten zu werden und zwar meistens im Alter von 25—35 Jahren, der Zeit, in der die Lebenshoffnungen geschwunden sind. Dies sind die Ideen von *Krafft-Ebing*, den ich wörtlich citiren will. Die Emancipation der Frauen, sagt er, möchte ich als Nothsignal eines mit der fortschreitenden Ehelosigkeit immer unerträglicher werdenden socialen Verhältnisses

Digitized by Google

des Weibes in der modernen Gesellschaft betrachtet wissen, einer berechtigten Forderung an diese, dem Weib ein Aequivalent für das zu verschaffen, worauf es von der Natur angewiesen ist, und was ihm die modernen socialen Zustände zum Theil versagen. Das Verlangen nach einem Beruf als Mittel des Erwerbes, überhaupt als Aequivalent der geschlechtlichen und socialen Versorgung durch die Ehe ist ein berechtigtes, sittliches und muss seine Befriedigung finden, wenn auch das Weib durch angepasste, geänderte Erziehung erst für diese geänderte Position in der modernen Gesellschaft herangebildet werden muss, und die Uebergangszeit manche monströse Erscheinung hervorbringen mag. Trotz aller dieser Umstände sind die Geisteskrankheiten bei beiden Geschlechtern ziemlich gleich, eher dürften die Männer das traurige Vorrecht der Mehrheit besitzen, hervorgerufen durch hervorragende geistige Thätigkeit und Excesse im Alkohol, diesem ersten degenerirenden Factor der Menschheit und Völker.

Unter die capitalsten Ursachen vom psychiatrischen Standpunkt gegen die Aufhebung ist zu rechnen die Fortpflanzung der Geisteskrankheiten durch Zeugung, also die Heredität, ebenso die Uebertragbarkeit neuropathischer Constitutionen, eine Thatsache, die schon im Alterthum *Hippokrates* bekannt war; sie überragt in dieser Hinsicht nur die Tuberculose. Auf die Statistiken, die zwischen 4—90 pCt. (siehe *Legrand du Saulle* op. cit.) schwanken, kann man sich hier nicht berufen; jedoch beruhen diese Differenzen auf Verschiedenartigkeit der Zählung. Die Wichtigkeit wird dadurch evident, dass man die Stammbäume der von geisteskranken oder neuropathisch belasteten Eltern geborenen Abkömmlinge prüft. *Marcel* theilt den Fall eines Trunkenbolds mit, der 16 Kinder zeugte; 15 davon starben früh, das letzte war epileptisch; nach *Darwin* sterben die Familien von Säufern in der vierten Generation aus. Nach *Morel* ist die Degeneration folgende:

I. Generation: „ethische Depravation, Alkoholexcesse."

II. Generation: „Trunksucht, maniakalische Anfälle, allgemeine Paralyse."

III. Generation: „Hypochondrie, Melancholie, Taedium vitae, Mordtriebe."

IV. Generation: „Imbecillität, Idiotie, Erlöschen der Familie."

Flemming, Ruer, Demeaux citiren noch die auffallende That-

Digitized by Google

sache, nach welcher Kinder sonst nüchterner Eltern, die in einer Stunde des Rausches erzeugt wurden, grosse Anlage zur Geistesstörung und überhaupt zu Nervenkrankheiten zeigen.

Anbei der Stammbaum einer von einem geisteskranken Vater erzeugten Generation respective Nachkommenschaft.

1. Generation.	2. Generation.	3. Generation.	4. Generation.	5. Generation.
Vater geisteskrank. Mutter intact.	Tochter einziges Kind wird geisteskrank.	1. Tochter geisteskrank.	1. Tochter Schicksal unbekannt.	?
			2. Tochter geisteskrank.	Fehlt.
			3. Sohn Manie, Dementia.	Fehlt.
		2. Tochter gesund.	7 gesunde Kinder.	?
		3. Tochter geisteskrank.	1. Sohn geisteskrank. Selbstmord.	Fehlt.
			2. Tochter blödsinnig.	Fehlt.
			3. Tochter periodisch irre.	Fehlt.
		4. Tochter gesund.	2 Söhne, Schicksal unbekannt.	?
		5. Sohn geisteskrank.	Fehlt.	
		6. Sohn geisteskrank.	1. Sohn gesund.	?
			2. Sohn irrsinnig.	Fehlt.
			3. Tochter gesund.	Tochter irrsinnig.
		7. Sohn gesund.	3 gesunde Kinder.	?
		8. Sohn gesund.	5 gesunde Kinder.	?

Siehe *v. Krafft-Ebing.*

Von diesen 37 vom geisteskranken Ahnen abstammenden Descendenten sind 13 irre und 24 gesund (?), jedoch fehlen von vielen Nachrichten und andere sind noch sehr jung.

Vgl. die interessanten Tabellen von *Bird*, Allgem. Zeitschrift f. Psych. 7, p. 227; *Taguet*, Ann. medic. psych. 1877, Juli; *Doutrebente*, ebenda, 1869, Sept., Nov. (*Schmidt*'s Jahrb. 145, 3).

Auch in juristischer Hinsicht stehen der Aufhebung dieses Ehescheidungsgrundes wesentliche Hindernisse im Wege. Die Auffassung der Ehe von Seiten der Gesetze ist eine zwiefache; die einen betrachten sie, wie das Preussische Landrecht und der Code Napoleon, als reines Vertragsverhältniss, und demgemäss ist sie denselben Auflösungsgründen wie dieses unterworfen, ja sogar mit

Digitized by Google

gegenseitiger Einwilligung kann sie aufgehoben werden; zu den wesentlichsten Gründen der Auflösung respective Ungültigkeit eines Vertrages gehört jedoch sicher die Unmöglichkeit der Erreichung seines Zwecks respective seiner Erfüllung. Der Code Napoleon zieht die Consequenzen des Vertragscharakters nicht vollständig, wenn er Geisteskrankheit mit Rücksicht auf § 212 als Ehescheidungsgrund ablehnt. Andere Gesetze stellen die sittliche Grundlage der Ehe voran und geben ihr den Vorrang, sie bildet nach ihrer Ansicht das Principale, die vermögensrechtlichen und sonstigen Folgen das Accessorische. Die Ehe ist schon nach römischem Recht eine Vereinigung zwischen Mann und Frau, sowie eine dauernde Lebens- und Interessengemeinschaft dieser beiden; sie ist ihrem innersten Wesen nach ein sittliches Verhältniss, in dessen nothwendiger Begleitung sich rechtliche Folgen befinden. Ersteres verkörpert sich in der ehelichen Liebe und Treue, den ehelichen Pflichten, Erzeugung und Erziehung der Kinder; auf der anderen Seite tritt der Mann als Haupt der Familie der Aussenwelt gegenüber, er hat das Vermögen seiner Frau zu verwalten, wenn es ihr im Ehevertrage nicht ausdrücklich vorbehalten ist, er hat sie, wie die Kinder vor Gericht zu vertreten, zur Verbindlichkeit aller ihrer Rechtshandlungen seine ehemännliche Ermächtigung zu geben, ausgenommen der kleinen alltäglichen Ausgaben für Bedürfnisse der Haushaltung oder Wirthschaft und diesen gleich zu achtenden Geschäften. Er muss die Frau auf eine seinem Stand und Vermögen angemessenen Weise ernähren, für ihre Kleider, Haus- und Wirthschaftsbedürfnisse sorgen; er ist seiner Frau Schutz, sie ihm Gehorsam schuldig, ausserdem besteht eine gegenseitige Alimentation. Die Frau theilt den Namen, Rang und Gerichtsstand des Mannes; sie ist verpflichtet dem Manne überall zu folgen und da ihren Wohnsitz zu nehmen, wo er es für gut findet.

Bei der Feststellung der Gründe der Ehescheidung gehen nun diese Gesetze von dem Princip aus, alle die Umstände als solche gelten zu lassen, die die Verletzung oder die Unmöglichkeit des Erreichens der sittlichen und rechtlichen Zwecke genügend darthun, die also den sicheren Beweis liefern, dass ein inniges eheliches Leben sowie der Zweck desselben in gemeinschaftlichem Schaffen und Wirken unmöglich ist, mit anderen Worten, dass das eheliche Leben ein unheilbar zerrüttetes ist. Alle recipiren als

Digitized by Google

Grund den Ehebruch, die Verletzung der ehelichen Liebe und Treue; der Code Napoleon fügt die Einschränkung zu Gunsten des Mannes hinzu, dass er seine Concubinen in dem gemeinschaftlichen Hause halten muss, wenn Ehebruch Grund zur Scheidung sein soll; eine Bestimmung, die augenscheinlich in specifisch französischen Verhältnissen ihren Grund hat und auf französische Leichtfertigkeit gemünzt ist. Diese Bevorzugung des Mannes, dessen Geschlecht ja allein die Gesetzgeber angehören, dürfte auch darin seinen Grund haben, dass die Resultate des Ehebruchs desselben keineswegs die Tragweite haben wie bei der Frau; trotzdem lässt sich vom Standpunkt des Rechts und der Billigkeit diese Singularität keineswegs rechtfertigen. Ferner gehört als Ehescheidungsgrund hierher die Versagung der ehelichen Pflichten sowie die Impotenz, die vor der Ehe schon bestand. Bezüglich der im Verlauf der Ehe entstandenen ist es streitig, das Preussische Landrecht lässt ihn zu, während das gemeine Recht sowie das Corpus juris Friedericiani ihn nicht kennen; ferner gehören hierher nach preussischem Landrecht Nachweis des unbescholtenen Lebenswandels einer Frau, die sich von ihrem Manne getrennt hatte, sowie verdächtiger Umgang.

Das Landrecht kennt ferner als Gründe heftiger, tief eingewurzelter Widerwille, körperliche Gebrechen, die nach der Ehe entstanden sind, welche Ekel und Abscheu erregen oder die Erfüllung der Zwecke des Ehestandes gänzlich verhindern, ferner Ergreifung eines schimpflichen Gewerbes, lebens- und gesundheitsgefährliche Misshandlungen, grobe und widerrechtliche Kränkungen der Ehre oder der persönlichen Freiheit, grobe Verbrechen, Gefährdung der Ehre, des Lebens, Amtes, Gewerbes durch unerlaubte Handlungen, unordentlichen Lebenswandel, Trunkenheit, Verschwendung, Versagen des Unterhalts, böswilliges Verlassen. Dieselben Gründe kehren mehr oder weniger auch heute noch in allen Gesetzbüchern wieder.

Ist nun Geisteskrankheit, bezüglich deren die Gesetze so variiren, eine solche Krankheit, die die Zwecke der Ehe unmöglich macht? Sprechen für ihre Annahme nicht viel gewichtigere Momente als für die meisten zuletzt genannten? Kann der Geisteskranke das Vertragsverhältniss erfüllen?

Was ist Geisteskrankheit? Zur Lösung dieser Frage

Digitized by Google

auf das Gebiet der Psychiatrie übergreifen. Sie ist eine Hirnkrankheit, eine functionelle Erkrankung der Hirnrinde nach *Fürstner's* Definition. Zwei Momente sind es, die sogar dem oberflächlichen, schwachen Beobachter als wesentliche Unterschiede zwischen dem Menschen und den übrigen Geschöpfen in's Auge stechen, die aufrechte Gestalt und das grosse Volumen des Kopfes, das wesentlich bedingt wird durch die Grösse des Inhalts, des Gehirns und besonders der vorderen Partien, der sogenannten Stirnlappen, Lobi frontales.

Die graue Masse desselben, speciell die Hirnrinde, ist nun nach den physiologischen Experimenten eines *Vulpian, Flourens, Hitzig, Ferrier, Munck, Meynert, Schiff, Longet,* die zwar an Thieren, Hunden, Kaninchen vorgenommen wurden, aber unzweifelhaft auf Menschen analoge Anwendung finden (denn der Bau des Gehirns eines Fötus differirt keineswegs von dem eines Hundes), wie auch klinische Erfahrungen und pathologische Anatomie an zahlreichen Sectionen übereinstimmend beweisen, der heute unangefochtene Sitz jener dem Menschen allein reservirten göttlichen Eigenschaft des Verstandes, der Intelligenz, der Empfindungen und Vorstellungen. Schon *Griesinger* stellt den Satz auf, dass es keine einzige diffuse Veränderung der Grosshirnrinde giebt, bestehe sie nun in Hyperämie, Anämie, Oedem oder Entzündung, die nicht klinisch durch eine Störung der psychischen Functionen sich kundgebe. Auf jedwede Veränderung oder pathologische Reize treten anomale Reactionen in der Empfindungs-, Willens- und Vorstellungssphäre ein, die wir bei Erreichen einer gewissen Selbstständigkeit und Dauer Geisteskrankheit oder Krankheit des Gehirns nennen. Sie entstehen spontan, durch innere krankhafte Reize, die psychopathischen Vorgänge, während unter physiologischen Verhältnissen derartige Processe äusserer Anregung, äusseren Reizen ihre Entstehung verdanken und immer mit den Vorgängen der Aussenwelt in Uebereinstimmung sich finden. Das Gehirn antwortet beim Geisteskranken auf Reize ebenfalls wie beim Gesunden, aber in abnormer Weise; die Empfindungen können sehr gesteigert oder übermässig geschwächt sein, Hyperästhesie und Anästhesie; die Willensthätigkeit kann sich überaus heftig oder gar nicht oder pervers entwickeln, wie z. B. der Geschlechtstrieb in perverser Weise, nicht auf die Erhaltung der Art gerichtet sich offenbaren kann.

Digitized by Google

Die Vorstellungen können ungeheuer lebhaft oder gar nicht zur Erscheinung kommen; sie können in ihrem Inhalt gefälscht sein, Wahnideen können das Geisteslicht trüben, oder mit krankhafter Intensität und Dauer im Bewusstsein wiederkehren, wo wir von Zwangsvorstellungen reden. Auch im Gebiete der Sinne finden wir pathologische Regungen und sprechen wir dann von Hallucinationen und Illusionen, von ersteren als realen Sinneswahrnehmungen ohne reelle Objecte der Aussenwelt, von letzteren als Urtheilstäuschungen über reale Sinneswahrnehmungen *(Fürstner)*. Durch diese abnormen pathologischen Geistesthätigkeiten bildet der Irre die höchste Gefahr für sich selbst durch Selbstmordversuche etc., sowie für seine Angehörigen, in erster Linie seine Frau, deren angebliche Untreue ein nur zu häufiges Phantasiebild seines kranken Gehirns ist, ihm keine Ruhe gönnt und lässt und ihn zu Gewaltthätigkeiten gegen das Leben derselben unwiderstehlich hinreisst; in zweiter Linie für seine Kinder, mit denen sich seine Wahnideen und Zwangsvorstellungen nur zu häufig beschäftigen. So hatten wir im Grossh. Baden vor kurzem den unglückseligen Fall, dass ein vorher anscheinend geistig vollkommen gesunder Landmann im Laufe des Tages seine Kinder umbrachte und nachher sich selber dem Gericht als Thäter stellte. Die Vertheidigung warf bei dem vollständigen Unmotivirtsein der That die Frage der Unzurechnungsfähigkeit wegen bestandener Geisteskrankheit im Moment der That auf, und da die Experten, die in erster Linie berufen waren zur Entscheidung der Frage, in ihren Gutachten auseinandergingen, so entschied als Superarbiter Professor *Fürstner* die Frage; ebenso einen zweiten Fall in dem Mannheim benachbarten Orte Seckenheim; wo ein Metzger seiner Frau ohne Grund mit einem Messer den Hals durchschnitt und nachher dem Gericht sich als Mörder präsentirte.

Ein solch unglückliches Geschöpf, das der stündlichen Ueberwachung überlassen werden muss, dessen sich Arm wie Reich entledigt, um ihn in die Irrenanstalt in Sicherheit und bestenfalls Heilung zu bringen, das keine Ahnung von den ihm zukommenden Rechten und zu erfüllenden Pflichten hat, soll der Genosse einer Gemeinschaft, wie der Ehe, sein? Kann es die Zwecke der Ehe erfüllen?

Die Zeugung ist zwar noch möglich, allein aus früher mitge-

Digitized by Google

theilten Gründen entschieden zu widerrathen, denn es ist entschieden für den Staat wie für die Familie das Beste, keine Glieder und Bürger zu haben, als diese unglückseligsten, elendesten und bedauernswerthesten aller Geschöpfe. Von einem gemeinsamen Schaffen und Wirken kann nicht die Sprache sein; der Irre kann weder das Vermögen verwalten, und haben die Gesetze diesen Fall ausdrücklich durch Einführung der Interdiction und Stellung unter Kuratel vorgesehen, noch seine Kinder erziehen, überhaupt keinerlei der ihm zukommenden Verrichtungen oder Handlungen vollziehen. Der Ehegatte erhält auch durch die Scheidung die Möglichkeit, für sich und seine Kinder in angemessener Weise sorgen zu können, denn wie oft erlauben ihm seine Verhältnisse nicht für die Kosten, mit denen die einfachste Pflege und Beaufsichtigung des Geisteskranken verknüpft ist, aufzukommen. Aermere Bevölkerungen werden ruinirt, der Geisteskranke wird eine unerträgliche Last für die Seinen, er übt einen furchtbaren, entsittlichenden Einfluss auf seinen ganzen Hausstand aus, z. B. bei der Perversität der Geschlechtsempfindungen. Auch liegt in solchen Fällen bei hereditär oder neuropathisch belasteten Individuen die Gefahr der Imitation, der Ansteckung nahe. Allerdings muss eine Prädisposition bereits vorhanden sein, denn im anderen Falle hat der Umgang mit Geisteskranken, sei es als Arzt, sei es als Wächter, keine Gefahr. Bei allen diesen Gründen ist die Scheidung vom moralischen, juristischen und nationalökonomisch-polizeilichen Standpunkte nur zu gerechtfertigt.

Unter welchen Umständen soll Geistesstörung als Ehescheidungsgrund betrachtet werden? Ist das Dasein derselben schon allein hinreichende Ursache, oder sind nicht vielmehr einschränkende Umstände und Bedingungen beizufügen?

Unsere Fragen bergen öffentliches, practisches Interesse in sich; ihre Wichtigkeit offenbart sich in ihrer vorzüglichen Bedeutung für den Staat selbst, dessen Wohl und Weh damit in innigstem Connex steht; von ihnen hängt die Kraft und Gesundheit und in Folge davon die Stärke und Lebensdauer der Individuen, Familien, Völker zum grössten Theil ab. In unserem Zeitalter der eisernen militärischen Bewaffnung ist ihre Beachtung seitens des Staates von doppeltem Gewicht. Letzterer hat das Recht und die Pflicht, hygienische Vorschriften zu erlassen, sowie den das Volk degeneri-

Digitized by Google

renden Einflüssen durch hindernde, wenn möglich aufhebende Maassregeln entgegenzutreten. Die Geisteskrankheit ist nun entschieden eine Degenerationserscheinung, die entweder die Folge individueller, das Gehirn treffender Schädlichkeiten ist, oder meistens durch Uebertragung mittelst des Zeugungskeimes seitens belasteter Vorfahren erworben wird, was *Virchow* vor etlichen Tagen in der Naturforscherversammlung auch für den Uebergang pathologischer Dispositionen überhaupt auf die Descendenz bestätigte. Das Princip der Heredität gilt also auch für letztere; die Differenzen der Statistik haben schon Erwähnung gefunden und hängen theils von der verschiedenen Art der Zählung, theils von der zu zählenden Population ab, theils von dem verschiedenen Inbegriff der unter Heredität zu zählenden Fälle. Ihr dürfte nicht allein die directe Uebertragung derselben Krankheit vom Vater auf den Sohn, sondern auch solche in die zweite Generation, sogenannter Atavismus, und ebenso der Uebergang neuropathischer Dispositionen zu subsumiren sein. Die Psychiatrie ist zu bestimmten Gesetzen über dieses wichtige und folgenreiche Princip noch nicht gelangt, im Allgemeinen dürfte anzunehmen sein, dass bei geschlechtlicher Vereinigung zweier psychisch belasteten Personen die Degeneration der Nachkommenschaft immer schwerer wird, aus Neuropathien der Vorfahren entstehen Neurosen, aus letzteren Psychosen.

Welche Prognose stellt die Wissenschaft der Vererbung? ist sie günstig oder ungünstig? Dies hängt von zwei Momenten ab; je nachdem die Psychose der Eltern einen constitutionellen degenerativen Charakter hatte oder zufällig erworben war und je nachdem beide Eltern zur Zeit der Zeugung psychisch belastet waren, in diesem Fall ist eine Geisteskrankheit unzweifelhaft bei der Nachkommenschaft zu erwarten. War blos eins, der Vater oder die Mutter belastet, so ist zu unterscheiden, nach welchem der Descendent körperlich artet.

Richarz, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 30, pag. 658 behandelt diese Fragen ausführlich. Nach ihm stellt das Geschlecht keine übertragbare Eigenschaft der Eltern, sondern eine im Höhegrad der Organisationsstufe des erzeugten Individuums begründete Daseinsform dar, und zwar eine höhere das männliche, eine niedrigere das weibliche Geschlecht. Der Schwerpunkt des Zeugungsprocesses liegt im mütterlichen Organismus; der Einfluss des Sperma

Digitized by Google

(Samens) besteht blos in der Anregung der dem Keim immanenten Entwicklungsbewegung, daneben in Mittheilung qualificatorischer Eigenschaften des männlichen Theils, wozu aber keineswegs das Geschlecht gehört. Je höher das mütterliche Generationsvermögen, um so sicherer entsteht ein Knabe, und je geringer dabei der qualificatorische Einfluss des Vaters, um so sicherer ein Knabe, der der Mutter ähnelt. Die Aehnlichkeit bezieht sich weniger auf Gesichtszüge und Körpergestalt, als auf die auch bezüglich der Rassenunterschiede viel wichtigere Farbe der Haut, Haar, Iris *(Huxley, Virchow)*. „Am günstigsten erscheint die gekreuzte Vererbung dieser somatischen Besonderheiten, Sohn nach der Mutter, Tochter nach dem Vater, schon leicht degenerativ ist die geschlechtlich ungekreuzte Vererbung; entschieden degenerativ und nicht selten als einzigen Erklärungsgrund für Irresein in bisher ganz intacter Familie findet ***Richarz*** in Uebereinstimmung mit ***Morel*** (de l'hérédité morbide progressive) die Fälle, wo der Erzeugte keinem der Erzeuger ähnlich ist."

Folgende Skala für Vererbung in psychischen Krankheiten stellt ***Richarz*** nun auf:

I. Mutter behaftet: gefährdet 1) Tochter, die der Mutter gleicht, 2) Sohn, der der Mutter gleicht, 3) Sohn, der dem Vater gleicht, 4) Tochter, die dem Vater gleicht.

II. Vater behaftet: gefährdet 1) der Sohn, der dem Vater gleicht, 2) Tochter, die dem Vater gleicht, 3) Tochter, die der Mutter gleicht, 4) Sohn, der der Mutter gleicht. Die Tochter, die der erkrankten Mutter gleicht, ist am meisten disponirt, desgleichen der Sohn, der bei erkranktem Vater der Mutter gleicht, am wenigsten. Zweifellos spielt der mütterliche Organismus bei der Zeugung die erste Rolle, und ist Irrsein der Mutter für die folgenden Generationen viel gefährlicher als des Vaters.

Die Geisteskranken und die Tuberculösen repräsentiren nun nach ***Tigges*** $^1/_{300}$—$^1/_{220}$ der gesammten Kräfte der Menschheit, und sind viele Autoren der Ansicht, dass derartige Personen der Zeugung sich gänzlich enthalten sollten; zum Unglück besitzen gerade sie einen ungemein gesteigerten Geschlechtstrieb.

Ist nun der Staat im Stande, durch unbeschränkte Zulassung der Ehescheidung und nöthigenfalls durch Verbot der Ehen psychopathischer Personen die Geisteskrankheiten von der Schaubühne

Digitized by Google

verschwinden zu lassen, eventuell sogar nur deren Zahl zu vermindern? Nein, denn Heredität ist zwar eins der wesentlichsten aber nicht alleiniges ursächliches Moment der Geisteskrankheiten; unter anderen spielt Syphilis eine grosse Rolle, und müsste der Staat auch die Ehen dieser verbieten, deren Zahl nach einem übertriebenen Ausspruch des Genfer Specialisten *Oltramare* in hundert Jahren etwa 90 pCt. der Menschheit einbegreifen würde. Ausserdem würden alle diese Belasteten ihren geschlechtlichen Lüsten in ausserehelichem Umgang Genüge thun und psychisch belastete Kinder erzeugen; das Resultat wäre dann ziemlich dasselbe. Die Psychiatrie lehrt uns ferner, dass auch eine Regeneration geisteskranker Familien vermittelst der Zuchtwahl dadurch stattfinden kann, dass bei günstigen Lebensbedingungen fortwährende Kreuzung mit gesundem Blut aus kräftigen Familien statt hat; die Krankheiten in der geisteskranken Familie verlieren von ihrer Schärfe, werden milder, um schliesslich ganz zu verschwinden. Ferner kann durch prophylactische Mittel den Entstehungsursachen der Geisteskrankheiten, wie sexuellen und Alkoholexcessen, seitens des Staates sowie des einzelnen vorgebeugt werden. Wichtig ist vor allem von erster Jugend die Behandlung der von belasteten Eltern erzeugten Kinder. Die Hygieine muss hier schon von der Geburt sofort ihren Beginn nehmen; sicher dürfen solche Kinder nicht an der Mutter Brust gesäugt werden, sondern sie müssen die Milch von einer kräftigen Amme bis in den zehnten Monat erhalten. Sie sollen abgehärtet, mit kaltem Wasser gewaschen und körperlichen Uebungen unterworfen werden; dann viele Stunden des Tages in frischer Luft zubringen, und bedürfen einer sehr kräftigen, leicht verdaulichen Nahrung. Ihre geistige Entwickelung muss besonders der Gegenstand sorgfältiger Aufmerksamkeit sein, denn entweder sind sie zu weit vor, dann müssen sie zurückgehalten werden; im anderen Falle sind sie nicht mit Arbeiten zu überhäufen, lieber ist ihnen eine längere Zeit zum Lernen zu gönnen; in allen diesen Fällen muss man mit grosser Vorsicht und Nachsicht zu Werke gehen, denn die geringsten Fehler können den Ausbruch der Geisteskrankheit herbeiführen. Insbesondere von grösster Bedeutung ist ihre Ueberwachung zur Zeit der Pubertät, jedenfalls sind Onanie und Masturbation sorgfältigst zu verhüten; für Männer ist eine frühe Heirath am angezeigtesten, was gerad-

Digitized by Google

das Gegentheil bei Frauen ist; diese sollen erst nach vollständiger körperlicher Ausbildung in den Ehestand treten. Werden alle diese Maassregeln energisch durchgeführt und noch eine vernünftige solide Lebensweise geführt, so unterliegt es keinem Zweifel, dass auch in den meisten schweren Fällen die Gefahr der Geisteskrankheit schwinden, wenn nicht ganz vermieden wird.

Nur Bulgarien hat die einzige Gesetzgebung, die Geisteskrankheit unbeschränkt als Ehescheidungsgrund gelten lässt und zwar zu Gunsten des Mannes. Sämmtliche übrigen Staaten respective deren Gesetze fügen der Zulassung der Geisteskrankheiten einschränkende Bedingungen hinzu, die den Zweck haben, eine leichte Scheidung zu einer Zeit zu verhüten, in der sicher noch Hoffnung auf vollständige Wiederherstellung des Kranken ist. Es soll eben das Vorkommniss der Fälle vermieden werden, dass der Geisteskranke geheilt heimkehrt und seine Ehefrau wieder verheirathet findet, wodurch grosse Verwirrung und Zerwürfnisse in Familien entstehen können. Daher kommt die Hinzufügung der Bedingung, dass die Geisteskrankheit von den Sachverständigen für unheilbar erklärt werden muss, auch wird eine Zeit festgesetzt, binnen deren eine Besserung respective eine Wiederherstellung abgewartet werden muss, was ziemlich unfehlbar nach Ablauf von drei Jahren nicht mehr der Fall ist. Die Bestimmungen des Sächsischen Civilgesetzbuchs, § 1743, und des Gothaischen, § 114, entsprechen nun in jeder Hinsicht den Anforderungen der Psychiatrie und stimmen ihre Normen, sowie die Dauer ganz mit den Resultaten der letzteren überein. Anstatt des § 1751 des Sächs. Civilgesetzbuchs ist der § 114 des Gothaischen zu setzen und anzunehmen, denn es kann sicher von dem anderen Ehegatten nur Zahlung der Kosten des Unterhalts des Geisteskranken verlangt werden, wenn er dazu nach dem Stande seines Vermögens in der Lage ist; die Ehescheidung bestände sonst nur für reichere Leute und wäre für die Armen illusorisch, in deren Interesse sie meistens liegt und gefordert werden dürfte. Kann der Ehegatte, der für die Kinder sicher genug zu sorgen hat, die Unterhaltungskosten nicht erschwingen, so müssen die Gemeinden dafür aufkommen. Einzelne Gesetze bieten noch gewisse Singularitäten, so gilt als Grund in Schweden unheilbare Demenz, sofern der andere Ehegatte nicht die Veranlassung dazu gegeben hat. Was bedeutet dies? Das Irresein der Frau

Digitized by Google

kann seinen Grund haben in Misshandlungen seitens des Mannes, Trunksucht, Untreue desselben, andererseits das des Mannes in Eifersucht, Verschwendung, schlechter Behandlung seitens der Frau. Nach Hannoveranischem Recht muss die Geisteskrankheit eine selbstverschuldete sein, wenn auf Scheidung erkannt wird. Wann liegt selbstverschuldete vor? Nach der Psychiatrie gehören hierher einestheils sämmtliche durch sexuelle und Alkoholexcesse verursachten, anderentheils die auf Grund von Syphilis entstehenden Geisteskrankheiten, denn ohne Bedenken bilden sie mit die wichtigsten ätiologischen Momente. Hierher gehört auch die Frage, ob Syphilis die Grundlage der fortschreitenden Paralyse bildet? Ihre Lösung ist vor der Hand unentschieden, denn das gesammelte statische Material ist keineswegs bis jetzt relevant genug, eine feste Ansicht hier aufzustellen. Nach *Erb*'s Aufstellungen und Erfahrungen, die sich auf 500 eigen behandelte Fälle von Tabes dorsalis (Rückenmarkschwindsucht) beziehen, gilt als unzweifelhaft, dass die principalste Ursache der letzteren die Syphilis ist, und stellt genannter Autor die Behauptung auf, dass in fast 90 pCt. sämmtlicher Tabesfälle Syphilis letzterer Erkrankung vorausgeht, wie ja auch die antisyphilitische Behandlung desselben mit Energie längere Zeit fortgesetzt schon grosser Erfolge sich rühmen kann. *Erb* fügt in seinem Vortrag über diesen Gegenstand hinzu, er bezweifle nicht, dass die unbekannten Folgen der Syphilisinfection im menschlichen Organismus viel grösser seien als man heute noch ahne. Da nun Tabes in vielen Fällen der progressiven Paralyse der Irren vorausgeht und mit ihr verbunden ist, so liegt also auch hier die Annahme sehr nahe, dass die Syphilis in den meisten Fällen auch die Grundlage und Ursache der progressiven Paralyse der Irren bildet, in welchem Falle sie auch unter die selbstverschuldeten Krankheiten zu rechnen wäre.

Unsere Gesetzesfactoren für das neue Civilrecht haben nur die Wahl, die Geisteskrankheiten unbeschränkt als Ehescheidungsgrund zuzulassen, wozu sie sich kaum entschliessen dürften, oder die Bestimmungen des Sächsischen Civilgesetzbuchs § 1743 in Verbindung mit § 114 des Gothaischen Gesetzes in das neue Civilgesetzbuch aufzunehmen, wobei das letztere freilich auch mehr der humanen Anschauungsweise unserer heutigen Zeit entsprechen dürfte.

Digitized by Google

Literatur.

Roth und *von Meibom*, Kurhessisches Privatrecht. — *Strippelmann*, Ehescheidungsrecht. — Reichsgerichtsentscheidungen. — *Glück's* Commentar. — *Richter*, Lehrbuch des Kirchenrechts. — *Emminghaus*, Pandekten des sächsischen Rechts. — *Seuffert's* Archiv. — *Böhmer*, Eherecht. — *Brückner*, Eherecht. — *Weber*, Kirchenrecht. — *Martin*, Jahrbuch für Gesetze und Rechtspflege für Sachsen. — *Langnick*, Sächsischer Eheprocess. — Archiv für Praxis des im Grossherzogthum Oldenburg geltenden Rechts. — Zeitschrift für Rechtspflege im Herzogthum Braunschweig. — *Genzken* und *Scharenberg*, Gesetzsammlung für Mecklenburg. — *Brefeld*, Begriffsbestimmung sowie Gutachten. — Dr. *E. Martini*, Begriffsbestimmung nach preussischem Landrecht. — Derselbe, Gutachten über Aufhebung des Ehescheidungsgrundes „Raserei und Wahnsinn". — Dr. *August Klein*, Das heutige Eherecht im Herzogthum Sachsen-Altenburg. — *Billod*, Annales medico-psychologiques. — *Flemming*, Irrenfreund. — *Schüle*, Zeitschrift für Psychiatrie. — *Gauster*, Abhandlung. — *Vangerow's* Pandekten. — *Arndt's* Pandekten. — *Puchta*, Institutionen. — Derselbe, Pandekten. — Psychiatrisches Centralblatt 1875. — *Oebecke*, Zeitschrift für Psychiatrie. — *Stölzner*, Irrenfreund 1877. — *L. Meyer*, Berlin. Klinische Wochenschrift. — *von Krafft-Ebing*, Psychiatrie. — *Alexandre Dumas* fils, Sur le divorce. — *Darwin's* Werke. — *Marcel's* Werke. — *Morel*, De l'hérédité morbide progressive, Paris 1868. — Allgemeines Preussisches Landrecht. — Corpus juris Fridericiani. — *Richarz*, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 30, pag. 658. — *Gerber*, Deutsches Privatrecht. — *Prichard*, Treatise on insanity, p. 157. — *Lucas* Traité philosophique et physiologique de l'hérédité, Paris 1 47. — *Morel*, Traité dégénérescences etc., Paris 1857. — Derselbe, Archiv. génér. 1859. — *Hohnbaum*, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 5, pag. 540. — *Morel*, Traité des maladies mentales, pag. 114, 258. — *Voisin*, Gaz. des hopitaux 1858, 16. — *Moreau*, l'Union médicale 1852, 48. — *Jung*, Allg. Zeitschr. f. Psych. 21, 23. — Ann. méd.-psych. — *Legrand du Saulle*, Die erbliche Geistesstörung, deutsch von *Stark*, 1874. — *Ribot*, Die Erblichkeit, deutsch von *Holzen*, 1876. — *Hagen*, Statistische Untersuchungen, Erlangen 1876. — *Tigges*, Vierteljahrsschrift für Psychiatrie. — *Morel*, Traité des maladies médic., pag. 404. — *Trousseau*, Medicinische Klinik, deutsch von *Culmann*, 1867, pag. 88. — *Martin*, Ann. méd.-psych. 1878. — *Roller*, Allg. Zeitschr. f. Psych. — *Heinrich*, ebenda. — *Solbrig*, Verbrechen und Wahnsinn, 1867. — *D'Espine*, Étude sur les facultés intellect. et morales, Paris 1868. — *Laycock*, Journ. of mental science 1868. — *Brierre*, Les fous criminels de l'Angleterre, deutsch von *Stark*, 1870. — *Thomson*, Journ. of mental science 1870. — *Taguet*, Ueber die erblichen Folgen des Alkoholismus, Ann. médic.-psycholog. 1877, Juli. — *Bär*, Alkoholismus, 1878, pag. 360. — *Hagen*, Ueber Verwandtschaft des Genie mit Irresein. — *Moreau*, Psychologie morbide, 1859. Allg. Zeitschr. f. Psych. 33, H. 5 u. 6. — *Darwin*, Ehen Bluts-

Digitized by Google

verwandter, deutsch von *von der Velde*, 1875. — *Devay*, Du Danger des mariages consanguins, Paris 1857. — *Boudin*, Ann. d'hyg. 2 ser. XVIII, p. 52. — *Mitchell*, ebenda 1865. — *Bauregard*, Ann. d'hyg. 1862, p. 226. — *Emminghaus*, Allgem. Psychopath. — *Griesinger*, Arch. f. Psych. I, p. 1. — *Beard*, Die Nervenschwäche, Leipzig 1881. — *Erb*, Nervenpath. u. Vorlesungen. — *Esquirol*, I, p. 156. — *Calmeil*, Maladies inflammatoires du cerveau, II, p. 630. — *Engelken*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 10, p. 353. — *Plaage*, Memor. 1863, VIII, p. 9, 10. — *Walter*, Irrenfreund 1875, 6. — *Westphal*, Archiv f. Psychiatrie, I, p. 44. — *Schüle*, Sectionsergebnisse bei Geisteskranken, Leipz. 1874. — *Voisin*, Traité de la paralysie générale des aliénés, Paris 1879. — *Mendel*, Die progressive Paralyse der Irren, Berlin 1880. — *Sander*, Prämonitor. Symptome der Paralys·, Berlin. klin. Wochenschrift 1876, 21. — *Kirn*, Arch. für klin. Med. 1877, p. 41. — *Baillarger*, Ann. méd.-psych. 1877, p. 423. — *Höstermann*, Allg. Zeitschr. f. Psych. 32, Fall 1, 2, 3. — *Meynert*, Wiener medic. Zeit. 1866, 22, 28 und Vierteljahrsschrift f. Psych. 1867, 2, 1868. — *Meschede*, Allg. Zeitschr. f. Psych. 29, p. 587. — *Virchow's* Archiv 34, 56. — *Magnan* und *Mierzejewsky*, Archiv. de physiol., p. 581. — *Austin*, Annal. méd. psychol. 1862, April. — *Seifert*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. — *Krömer*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 36, H. 2 und 3. — *Reinhard*, Archiv f. Psych. X, 2. — *Wirsch*, Körpertemperatur in der progr. Paralyse, Berlin 1881. — *Hitzig*, *Ziemssen's* Handb. XI, p. 810. — *Wagner*, Archiv der Heilkunde IV, p. 161. — *Lanceraux*, Traité histor. et pratique de la Syp., Paris 1866. — *Jacksch*, Prager medic. Wochenschrift 1864, 1—52. — *Virchow's* Geschwülste, II, 457. — *Heubner*, Archiv der Heilkunde, XI. — Derselbe, Die luetische Erkrankung der Hirnarterien, 1874. — *Braus*, Hirnsyphilis, 1873. — *Esmarch* und *Jessen*, Allgem. Zeitschr. f. Psych. 14. — *Erlenmeyer*, Die luetischen Psychosen, 2. Aufl., 1877. — *Mendel*, Berliner klin. Wochenschrift 1879, 36.

Digitized by Google

Die Anwendung des Atropins bei Ptyalismus[1]).

Von

Dr. Otto Hebold

in Bonn.

Die gesteigerte Thätigkeit der Speicheldrüsen, der Ptyalismus, welcher wohl zu unterscheiden ist von dem mechanischen Ausfliessen des in normaler Menge producirten Speichels bei apathischen Kranken, beruht nachgewiesener Maassen zum Theil auf Processen im Mund- und Rachenraum, die als Reiz wirken. Aber auch durch Vorgänge, die sich im Nervensystem allein abspielen, kann dieselbe Erscheinung hervorgerufen werden, und kann es daher nicht Wunder nehmen, wenn wir derselben bei Psychosen, bei Erkrankung des Centralnervensystems öfter begegnen.

Obernier[2]) weist bei seinem Falle eines hallucinatorisch Verrückten, der längere Zeit eine grosse Menge Speichel (bis zu 3 Pfund 10 Loth pro die) verlor, auf Nervenreiz als wahrscheinliche Ursache hin.

Auch *Berthier*[3]) erklärt das Speicheln für ein Symptom der constitutionellen Psychose und findet es hauptsächlich bei Agitation, hallucinatorischen Zuständen und Magenstörungen.

Stark[4]) endlich, der in seiner Mittheilung von der Thatsache ausgeht, dass es in Aufregungszuständen vermehrte Speichelsecretion gebe, die durch Nervenreiz entstanden aufgefasst werden müsse, und in seinem dritten Fall auch durch den Nachweis eines Reizes (einer Exostose) an der Medulla durch die Section die lange be-

[1]) Vortrag im psych. Verein der Rheinpr. am 11. Nov. 1885.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie B. 21, S. 278.

[3]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie B. 24, S. 168 (Referat).

[4]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie B. 27, S. 295.

Digitized by Google

stehende Hypersecretion des Speichels einer Erklärung näher rücken konnte, geht so weit, dass er, auf die Ergebnisse physiologischer Forschung bauend, die Hypersecretion des Chorda- (Trigeminus-) und des Sympathicusspeichels auseinanderhalten möchte, eine Anschauung, die etwas Bestechendes hat. Es muss aber auch nach seiner Darstellung noch bis jetzt unerwiesen bleiben, ob eine solche stricte Trennung in der That vorkommt. *Tamburini*[1]) zwar veröffentlicht gleichfalls zwei Fälle, wo er den reflectorisch durch den Sympathicus bedingten Zusammenhang zwischen der Erkrankung eines peripheren Organes und dem Speichelfluss als erwiesen ansieht. Und auch *Reinhard*[2]) steht nicht an, eine doch noch als hypothetisch anzusprechende Ansicht als gleichsam unbestritten hinzustellen. Während er zwar unter seinen drei Gruppen[3]) von Salivirenden bei der zweiten den abgesonderten Speichel vorzugsweise als Chordaspeichel betrachten zu dürfen glaubt, stellt er eine dritte Gruppe von speichelnden Geisteskranken fest mit Reizzuständen im Gebiet des Sympathicus, die wohl ohne Ausnahme — es betrifft meist Masturbanten — vom Genitalapparat ausgehen dürften, und behauptet, „es handelt sich in diesen Fällen um eine nicht unbeträchtliche relative wie absolute Vermehrung des sog. Sympathicusspeichels“[4]). Es spricht nach ihm dafür noch die sich dabei fast ohne Ausnahme findende Erweiterung der Pupillen und die Betheiligung des Herzsympathicus, alles Momente, die, wie Jeder weiss, zu weiten Schwankungen unterworfen sind, auch ohne diese supponirte Sympathicusreizung, so dass sie Nichts beweisen, abgesehen davon, dass *R.* uns gar nicht sagt, wie er sich die Uebertragung des nervösen Reizes denkt.

Gegebenen Falles würde sich, da erwiesener Maassen Atropin nur die Chordafasern in ihren Endigungen brach legt, den Sym-

[1]) Irrenfreund 1877, S. 128.

[2]) Centrlbl. f. Nervenheilk., Psych. und ger. Psychop. 1879, S. 481.

[3]) In die erste Gruppe gehören nach ihm hochgradig blödsinnige Kranke mit lähmungsartiger Schwäche, dann Paralytiker. Er führt dabei die Salivation auf „die offenbar vorhandene Vasoparalyse“ zurück, wobei die hydrämische Blutbeschaffenheit fördernd wirken soll, eine Anschauung, die jeglicher Begründung nach den bisherigen Forschungen der Physiologie entbehrt.

[4]) l. c. S. 485.

Digitized by Google

pathicus aber nicht lähmt, empfehlen, mit diesem Alcaloid die Differentialdiagnose zu grösserer Sicherheit zu führen, da allein die Beschaffenheit des Secretes neben dem Nachweis der peripheren Organerkrankung hierbei nicht ausreichen dürfte. Denn bei langer Reizung des Sympathicus wird das sonst weisslich trübe gallertige Secret auch hell und durchsichtig und weniger fadenziehend [1]). Neuere Versuche von *Heidenhain* an Thieren haben übrigens dargethan, dass die secretorischen Fasern des Sympathicus auf reflectorischem Wege nicht in Erregung versetzt werden, sondern nur die trophischen Fasern [2]).

Es dürfte das Atropin um so mehr hierbei eine grössere Beachtung verdienen, als es auch geradezu als durchschlagendes Heilmittel sich erweist.

Berthier [3]), der der Behandlung dieses Leidens, das in dem einen Falle den Kranken sehr belästigt, indem es ihn zu fortwährendem Schlucken oder Ausspucken zwingt, in dem anderen bei der Indolenz des Kranken zur äusseren Verunzierung führt, in seinem Aufsatze näher tritt, fand die vollkommene Nutzlosigkeit von Mundwasser und spricht sich für ein tonisches Regime, bei Hallucinanten für die Anwendung der Douche und Begiessungen aus. *Reinhard* [4]) empfiehlt neben der Bekämpfung der ursächlichen Momente, die symptomatische Anwendung von Morphium, dem man kleine Mengen Atropin zusetzen darf.

Bei rein nervösen Störungen lohnt sich, worauf uns die experimentelle Pharmakologie aufmerksam macht, wohl zuerst die Anwendung des oben genannten Alkaloids. Dasselbe hat denn auch *Ebstein* — ich beziehe mich auf das *Niemeyer*'sche Handbuch der Pathologie und Therapie [5]) — bei profuser Absonderung des Speichels angewendet. Er gab drei bis vier Mal täglich eine Pille von 0,0005 des schwefelsauren Salzes und erreichte eine wesentliche Einschränkung des Speichelflusses, der aber bei Aussetzen der Pillen in alter Weise wiederkehrte. Bei subcutaner Anwendung des Mittels (Injection in das Bindegewebe der Submaxillaris) trat eine noch viel

[1]) *Heidenhain*, Studien des phys. Instit. zu Breslau IV, S. 65, 1868
[2]) *Hermann*, Handbuch der Phys. 1883, B. V, Th. I, S. 87.
[3]) l. c.
[4]) l. c. S. 484 und 486.
[5]) 10. Aufl. B. I, S. 485.

Digitized by Google

promptere, aber auch keine nachhaltige Wirkung ein. Dass aber das Atropin bei consequenter (subcutaner) Anwendung auch eine nachhaltige und durchschlagende Heilung bewirkt, denke ich durch die Mittheilung der beiden folgenden Fälle, beiläufig gesagt, der beiden einzigen, wo die sehr gesteigerte Action der Speicheldrüsen und die damit verbundenen Uebelstände uns zum Einschreiten herausforderten und zu diesem Mittel greifen liessen, zu erweisen.

K. R., verheirathet, evangelisch, Winzer, geboren den 17. Mai 1850 zu Traben, Kr. Zell, wurde am 7. November 1881 in die Prov.-Irrenanstalt zu Andernach aufgenommen. Der Vater desselben litt an Geistesstörung und starb in Folge eines Schlaganfalles, ein Bruder des Vaters war ebenfalls geisteskrank, gesundete aber wieder. Ueber das Vorleben des Pat. ist aus den Acten Nichts zu entnehmen, die eigenen Angaben des Pat. sind recht spärlich. Doch scheint er nie ernstlich krank gewesen zu sein und sich normal entwickelt zu haben. Er diente in den Jahren 1872 bis 1875, zuerst in Trier, dann als Offiziersbursche in Berlin; er will damals viel Magenbeschwerden gehabt und auffallend viel Haare verloren haben. Auch in den späteren Jahren litt er an chronischem Magencatarrh und zeigte Neigung zur Hypochondrie, indem er vielfach über blos eingebildete Uebel klagte und die wirklich vorhandenen übertrieb. Er heirathete im Jahre 1878 und beschäftigte sich im Weinberge. Im Winter 1879 auf 1880 wurde er, nachdem schon einige Zeit Schlaflosigkeit vorhergegangen war, gegen seine Frau erregt, die er sogar umbringen wollte, und die deshalb einige Zeit bei ihren Eltern zubrachte. Auch gegen die Kinder zeigte er stets Abneigung. Er wurde dann wieder ruhiger, bis die Erregung im Frühjahr 1881 nach einer Landwehrübung wieder heftiger zum Vorschein kam. Er konnte es bei keiner Arbeit mehr lange aushalten, trank viel Schnaps und wurde im Herbste ganz verwirrt, lief herum, glaubte, man wolle ihm etwas anthun und kehrte besonders gegen seine Frau seinen Hass, von der er meinte, dass sie ihm Gift in das Essen thäte, Eisenspähne in die Schuhe streute, damit er Magenschmerzen bekäme u. dergl. Seine Gewaltthätigkeit gegen die Frau, die er lebensgefährlich verwundete, und seine Drohungen bewirkten dann seine Ueberführung in die Irrenanstalt. Er trat ruhig ein, erzählte, er sei gesund, man habe ihm nur durch Etwas, was man ihm in das Getränk gethan hätte, das Blut aufgeregt, wodurch er ganz wild und gewaltthätig geworden sei. Auch glaubte er Anfangs hier, man thue ihm Etwas in's Essen, um ihn toll zu machen, kam aber bald von der Idee zurück. Es blieb aber ein Misstrauen gegen die Nahrung, denn, wie er in einem Briefe schrieb, wurde er hier mit guten Säften behandelt und spürte oft einen zuckersüssen Geschmack. Pat. zeigte sich meist etwas verdrossen, verlangte seine Entlassung, weil er gesund sei, und hatte gleichwohl immer körperliche Beschwerden zu klagen, bald Steifigkeit in den Beinen, bald Benommenh

Digitized by Google

oder Kriebeln im Kopfe, bald allgemeine Mattigkeit. Seine Verdriesslichkeit steigerte sich bis zu einem gewissen Grade von Lebensüberdruss. Nur für kurze Zeiten war es möglich, den Pat. zu beschäftigen. Wenn er auch selbst immer damit kommt, dass er arbeiten wolle, so ward er der Arbeit doch bald wieder überdrüssig. Vorübergehend hatte er Erregungszustände, in denen er confus durcheinander schwatzt, mit allerlei militärischen Ausdrücken um

Datum 1882	Speichel. Tag			Speichel. Nacht			Urin Tag			
	Menge ccm	Spec. Gew.	React.	Menge ccm	Spec. Gew.	React.	Mng. ccm	Sp. G.	React.	Besond
Juli										
24.	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—
27.	—	1002	schwach alkalisch	—	—	--	—	—	—	—
28.	—	1002	neutral	—	—	—	—	—	—	—
29.	—	1002	schwach alkalisch	—	—	—	—	—	—	—
31.	—	—	—	290	1002,5	schwach alkalisch	—	—	—	—
Aug.										
1.	460	1002	schwach alkalisch	350	1002	alkalisch	—	—		—
2.	350	1002—1002,5	dito	300?	—	—	410	1030	schwach alkalisch	Eiweiss Zucker
3.	485	1025	dito	220	1002,5	schwach alkalisch	470	1029	neutral	Z.
4.	440	1003	alkalisch	150	1003	neutral	420	30	dito	Z.
5.	430	1002	schwach alkalisch	205	1003	dito	300	19	dito	Z
6.	350	1002,5	dito	165	1003	schwach alkalisch	360	27	dito	E. Z.
7.	350	1002,5	dito	240	1003	dito	290	30	dito	dito
8.	300	1003	dito	140	1003	dito	390	30	schwach alkalisch	dito
9.	350	1003	dito	190	1003	dito	315	30	dito	Z.
10.	300	1003,5	dito	230	1003	dito	310	25	alkalisch	E. Z.
11.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12.	405	1002,5	dito	110	1003	neutral	200	32	dito	dito
13.	280	1003	dito	80	1003	alkalisch	345	31	dito	dito
14.	350	1002	dito	170	1002	neutral	350	30	dito	dito
15.	335	1003	dito	178	1003	schwach alkalisch	340	28	dito	dito
16.	350	1003	dito	155	1003	dito	570	17	neutral	dito
17.	380	1004	dito	150	1003-1003,5	dito	550	22	schwach alkalisch	dito
18.	72+157	1004	dito	183	1003,5	dito	470	30	alkalisch	dito
19.	68	1004,5	dito	110	1004,5	alkalisch	550	19	schwach alkalisch	dito

Digitized by Google

sich wirft und auch wohl auf Andere losschlägt. Seit dem Anfang des Jahres 1882 litt er oft an Furunkeln, derenthalben er im April selbst zu Bett liegen musste. Im Anfang Juni desselben Jahres fiel dann auf, dass Pat. sehr stark speichelte, ohne dass dafür eine periphere Ursache aufgefunden werden konnte. Ueber die näheren Verhältnisse giebt die folgende Zusammenstellung übersichtlich Auskunft:

Urin Nacht				pro 24 Stund. ccm		Besondere Bemerkungen.
Mg. ccm	Sp. G.	React.	Besond.	Speichel	Urin	
—	—	—	—	850	—	Spec. Gew. 1004.
—	—	—	—	1000	—	„ „ 1002.
—	—	—	—	960	—	„ „ 1002.
—	—	—	—	900	—	„ „ 1002—1002,5.
—	—	—	—	—	—	
400	1032	sauer	Zucker?	810	—	
310	33	—	dito	650(?)	720	? Der betreffende Speichel ging verloren, betrug nach Schätzung 300 ccm.
320	15	neutral	dito	705	790	
185	27	sauer	dito	590	605	
420	28	dito	dito	635	720	
385	31	schwach alkalisch	E. Z.	515	745	
450	30	alkalisch	E.	590	740	
350	33	neutral	Z.	440	740	
530	30	schwach alkalisch	Z.	540	845	
560	29	dito	E. Z	530	870	
—	—	—	—	—	—	
450	31,5	alkalisch	dito	515	650	
465	33	dito	dito	360	810	
620	29	schwach alkalisch	dito	520	970	
525	29,5	dito	dito	513	865	
630	22,5	sauer	dito	505	1200	
470	29	schwach alkalisch	dito	530	1020	
575	29	neutral	dito	412	1045	8 Uhr Vormittags 0,0005 Atropin. sulf. subcutan.
780	21	dito	Zucker	178	1230	Morg. 8 Uhr wie Tags vorher.

Digitized by Google

Datum 1882	Speichel. Tag			Speichel. Nacht			Urin Tag			
	Menge ccm	Spec. Gew.	React.	Menge ccm	Sp. G.	React.	Mng. ccm	Spec. Gew.	React.	Besond
20.	150	1004,5	neutral	230	1004	schwach alkalisch	630	1020	schwach alkalisch	Eiweiss Zucker
21.	290	1004	dito	170	1004	neutral	480	25,5	alkalisch	?
22.	185	1004	schwach alkalisch	122	1004	schwach alkalisch	645	22	schwach alkalisch	Eiweiss Zucker
23.	160	1004	dito	24	—	dito	160(?)	28	dito	dito
24.	55	1004	dito	—	—	—	450	25	alkalisch	dito
25.	13	—	dito	—	—	—	765	20	schwach alkalisch	dito
26.	5	—	neutral	30	—	schwach alkalisch	510	10	neutral	dito
27.	25	—	schwach alkalisch	15	—	dito	530	20	schwach alkalisch	dito
28.	36	—	neutral	15	—	dito	720	19	alkalisch	dito
29.	10	—	dito	0	—	—	410	29	schwach alkalisch	dito
30.	6	—	—	20	—	—	560	25	dito	dito
31.	46	—	schwach alkalisch	32	—	neutral	470	26	sauer	Z.
Sept. 1.	35	—	alkalisch	35	—	alkalisch	470	19	alkalisch	E. Z.
2.	50	—	dito	19	—	dito	690	17	sauer	Z.
3.	100	—	dito	17	—	dito	550	17	alkalisch	E. Z.
4.	24	—	dito	—	—	—	490	20	dito	dito
5.	—	—	—	—	—	—	650	29	dito	dito
6.	21	—	alkalisch	—	—	—	515	28	dito	?
7.	—	—	—	—	—	—	400	15	dito	E. Z.
8.	—	—	—	—	—	—	620	20	neutral	dito

Die vorstehenden Daten waren um so leichter und genauer zu gewinnen, als der Kranke selbst peinlichst besorgt war, sämmtlichen Speichel und Urin zu sammeln, nachdem der Sache ihm gegenüber eine gewisse Wichtigkeit beigelegt war. Trotzdem werden noch Fehlerquellen untergelaufen sein, indem der Kranke einmal nicht Alles herausbeförderte, sondern beim Essen auch verschiedentliche Mengen Speichel verschluckte, und beim Defäciren andererseits auch Urin verloren ging. Seine Ueberwachung war dadurch erleichtert, dass er wegen der Furunculose in einem Einzelzimmer andauernd im Bett lag. Derselbe war zu dieser Zeit anhaltend ruhig, liess nur immer seinen krankhaften Argwohn erkennen und wandte dabei seine Aufmerksamkeit in hohem Grade der ihn belästigenden Salivation zu.

Digitized by Google

Urin Nacht				pro 24 Stund. ccm		Besondere Bemerkungen.
Mg. ccm	Sp. G.	React.	Besond.	Speichel	Urin	
390	1027	sauer	Zucker	380	1020	Morg. 8 Uhr 0,00075 Atropin. sulf.
550	31	neutral	Eiweiss Zucker	460	1030	dito
455	30	sauer	Z.	307	1100	dito
730	30	neutral	E. Z.	184	890	dito
600	22	sauer	Z.	55	1050	dito
850	25	neutral	dito	13	1615	dito. Er hat den Tag mehr getrunken.
830	23	sauer	E. Z.	35	1340	dito
800	24	neutral	Z.	40	1330	8 Uhr 0,0005 Atropin. sulf.
399	30	sauer	dito	51	1119	dito
495	31	dito	dito	10	905	dito
430	28	dito	dito	26	990	dito
800	20	neutral	dito	78	1270	Aussetzen der Einspritzung.
800	26,5	schwach alkalisch	E.? Z.	70	1270	
600	—	—	—	69	1290	
1020	14	sauer	E. Z.	117	1570	Hat heute mehr getrunken.
450	29	neutral	Z.	24	940	
560	30	sauer	dito	—	1210	
450	29	dito	?	21	965	
730	27	dito	Z.	—	1130	
480	14	dito	dito	—	1100	

Die Krankheit, an der er leidet, ist, wie wir sehen, nicht leicht einer der dem gebräuchlichen Schema entsprechenden Formen einzureihen. Die hervorstechendsten Charakterzüge sind die Erregung, die sich zunächst gegen die Frau richtete, dann die nach einem kurzen Zwischenraum von relativer Ruhe nach unmässigem Schnapsgenuss auftretende Verwirrtheit mit Verfolgungswahn. Dazu kommen noch hypochondrische Wahnideen. Es würde dieses am besten einer Verrücktheit auf alkoholistischer Basis entsprechen. Für die spätere Zeit ist auch der übermässige Schnapsgenuss nachgewiesen, nicht für die Zeit vor der Erkrankung; und es besteht also hier

Digitized by Google

eine Lücke', was die Aetiologie angeht. Was mich aber den Schnaps als ursächliches Moment zu beschuldigen geneigt macht, ist die gleich anfänglich auftretende Gereiztheit gegen die Frau, ein Symptom, welches man bei Alkoholikern selten vermisst. In der Zeit, wo die Salivation bestand, ist der Kranke aber durchaus nicht als besonders erregt zu betrachten und zeigt sich hier die Thatsache, dass die Salivation nicht durchgehends oder nur bei Erregungszuständen sich einstellt, wenn auch die Angabe, die *Krafft-Ebing*[1]) macht, dass bei melancholischen die Speichelsecretion meist vermindert sei, bei maniakalischen Kranken häufig vermehrt gefunden werde, thatsächlich zu Recht bestehen mag, der Satz aber nicht umgedreht werden darf.

Der aufgesammelte Speichel war mässig dünnflüssig, opalescirend und fadenziehend. Seine Reaction war schwach alkalisch. Er hatte einen faden Geruch. Beim Stehen setzte sich ein zum Theil flockiger, zum Theil krümeliger Bodensatz ab, der unter dem Mikroskop viele granulirte Zellen mit glänzendem Kern (Schleimkörperchen) oder auch helle, wie leer aussehende derartige Zellen mit einem oder zwei glänzenden Kernen, dann Pflasterepithelien der Mundhöhle, auch wohl Bakterien und Kokken erkennen liess. Ein Filtrat verwandelte sehr energisch Stärkemehl in Zucker (Nachweis mit Jodlösung und Fehling'scher Lösung). Seit dem 10. August war der Bodensatz nur gering und bestand fast nur aus zusammengeballtem Schleim.

Der Urin wurde später noch einige Male untersucht, im October 1882 gab eine Probe keine Eiweiss- und keine Zuckerreaction, dann am 29. October kein Eiweiss, wohl aber die Zuckerreaction (auch nach Filtriren durch Kohle); letztere Verhältnisse fanden sich auch am 3. November wieder. Er enthielt nie Cylinder.

Fassen wir die Ergebnisse, wie sie auf der Tafel verzeichnet sind, noch näher in's Auge, so constatiren wir eine nicht unbeträchtliche Zunahme der Speichelsecretion, die bis auf ein Liter in 24 Stunden sich belief. Dem entsprechend zeigt der Speichel eine Herabminderung seines specifischen Gewichtes, dass sich adäquat der abgesonderten Menge verhält und zwischen 1002 und 1004,5

[1]) Lehrbuch der Psychiatrie, Band I, Seite 141, 1883.

Digitized by Google

schwankt, ganz anders wie im *Obernier*'schen Falle. Die Reaction desselben ist auch nur eine schwach alkalische, manchmal sozusagen neutrale.

Und wenn auch die Zahlen nicht ganz genau die ausgeschiedene Menge des Speichels und Harns ausdrücken sollten und sich die Menge des eingenommenen Wassers nicht ganz genau jeden Tag in denselben Grenzen halten liess[1]), so ist doch die gegenseitige Abhängigkeit der Menge bei beiden, wie es von vornherein anzunehmen ist, deutlich zu erkennen.

Der Harn zeigt durchweg ein hohes specifisches Gewicht, was sich durch die Herabminderung der Tagesmenge allein schon erklärt findet, wozu noch der wenn auch geringfügige Zucker- und Eiweissgehalt von Belang ist. Schwieriger ist es sich klar zu machen, in welcher Beziehung das Vorkommen dieser Substanzen zum Ptyalismus selbst steht, ob beiden dieselbe Ursache zu Grunde liegt. Die Frage muss um so mehr eine offene bleiben, als auch in späterer Zeit noch, wo der Speichelfluss in Folge der Medication längst geschwunden war, eine oder beide Substanzen sich im Urin noch nachweisen liessen.

Die prompte Wirkung des Atropins erhellt deutlich, wenn wir nur einen Blick auf die Tafel werfen. In den ersten Tagen seiner Anwendung war, wie zu erwarten, in der ersten Zeit gleich nach der Injection die Wirkung die beträchtlichste, aber auch in den übrigen Tageszeiten zu verspüren, bis der Speichelfluss unter derselben ganz aufhörte, um schliesslich auch nach dem Aussetzen der Injection auszubleiben und nie wiederzukehren. Ebenso deutlich zeigte sich der Einfluss des Mittels in dem folgenden Falle, wo es auch erst angewendet wurde, nachdem die Salivation längere Zeit in hohem Grade andauerte und in unerträglicher Weise die Kleider des indolenten Patienten durchnässte.

J. G., verheirathet, evangelisch, Tagelöhner, geboren den 30. December 1838 zu Breitenheim, Kr. Meisenheim, wurde am 14. Juli 1881 in die Prov.-Irrenanstalt zu Andernach aufgenommen. Der schlecht veranlagte Mensch hat nie schreiben und lesen gelernt, erwies sich aber als Tagelöhner brauchbar, verheirathete sich, 28 Jahre alt, und zeugte vier gesunde Kinder. In seinem 31. Lebensjahre zog er sich bei den Versuchen, Korn aus einem überschwemmten Grundstück zu retten, sich allmälig steigernde Krampfzu-

[1]) Pat. nahm neben der gereichten Kost nur selten etwas Wasser zu sich.

Digitized by Google

fälle zu. Als Folgezustand davon trat dann in der Regel Geistesverwirrtheit und Gewaltthätigkeit danach auf. Seit 1879, wo die Anfälle häufiger wurden, ist er arbeitsunfähig und machte sich geistige Schwäche immer deutlicher bemerkbar.

Der grosse, mässig genährte Mann zeigte bei der Aufnahme eine schlaffere rechte Gesichtshälfte, Ptosis des rechten oberen Augenlides, etwas nach links abweichende Zunge. Er war recht unordentlich in seinem Aeusseren, schmierte am Tage, war Nachts mit Koth schmutzig; er widerstrebte zumal im Anfang gegen Alles, wurde hin und wieder erregt und zerstörte, zerschlug Fensterscheiben. Sein Appetit war immer sehr stark. Die Intelligenz war sehr reducirt. Mit Vorliebe zählte er laut vor sich hin. Seine epileptischen Anfälle, denen er oft unterworfen war, bestanden gewöhnlich in kurzem Umherlaufen und Verdrehen der Augen. Ausgesprochene Krampfanfälle hat er nur wenige gehabt. Von diesen sind zwei genauer notirt. Pat. sass das eine Mal auf dem Fussboden, krümmte sich erst nach Rechts, dann nach Links, die Augen gingen nach Links, dann traten Zuckungen rechts auf, besonders stark im Gesicht, im rechten Orbicularis; das rechte Auge wurde nach Aussen gedreht. Die rechte Pupille war weiter. (1. Sept. 1883 Mitt. 12 Uhr.) Das andere Mal sass Pat. auf der Bank, fing an nach links hin zu rutschen, der rechte Arm wurde krampfhaft angezogen, der Kopf nach links gedreht, das rechte Auge zugekniffen, der Mund nach rechts gezogen. Im November 1882 erblindete der Kranke; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab Atrophie beider Papillen. Im August 1883 machte sich bei ihm ein starker Speichelfluss unangenehm bemerklich, der ihm, da er den Speichel ruhig aus dem Munde fliessen liess, in kurzer Zeit die Kleider vorn durchtränkte. Es wurde dagegen Atropin. sulf. zu Rathe gezogen. Vom 9. Sept. an erhielt er 0,00075 Atropin Morg. täglich subcutan mit deutlichem Nachlass des Ptyalismus, am 12. wurde auf 0,001 Atropin gestiegen. Der Erfolg war der, dass am 13. den Tag über gar kein Speichelfluss constatirt werden konnte, am folgenden Morgen nur geringfügiger eintrat. Es wurde daher am 14. Sept. wieder auf 0,00075 herabgegangen und einige Zeit später bei gänzlichem Nachlass der Erscheinungen das Mittel ganz ausgesetzt.

Am 9. Febr. 1884 Nachts 1 Uhr starb Pat. im epileptischen Anfall. Die Section ergab makroskopisch keinen bestimmten Befund, der sich für die krankhafte Störung als ursächliches Moment beschuldigen liesse.

Es handelt sich dieses Mal um einen Kranken, der im Anschluss an Epilepsie geistig erkrankte. Es lag gerade in diesem Falle der Gedanke nahe, dass die Obduction einen die im Leben beobachteten Symptome erläuternden, befriedigenden Befund liefern würde, da die epileptischen Anfälle, wie die Krankengeschichte weiter ausführt, einen eigenartigen Charakter hatten. Doch ergab sich ein ganz negatives Resultat. Der Kranke, der in Folge von

Digitized by Google

grauer Degeneration der Optici erblindet war, liess den sehr vermehrten Speichel ruhig über seinen Bart und seine Kleider, von denen besonders der Rock vorn ganz durchnässt wurde, fliessen und bot einen Ekel erregenden Anblick dar. Auch hier liess die Anwendung des Atropins Nichts zu wünschen übrig. Wohl aber machten wir die Beobachtung, dass es nöthig ist, eine frisch bereitete Lösung in Anwendung zu ziehen, indem eine Lösung, die längere Zeit gestanden hatte, während der drei Tage (6.—8. Sept.), wo wir uns deren bedienten, eigentlich ohne Wirkung blieb, während der Erfolg bei der neu bereiteten sofort in die Augen fiel.

Aus Vorstehendem, glaube ich, geht so viel hervor, dass wir in dem Atropin ein Mittel gegen den Ptyalismus besitzen, dessen Anwendung sich lohnt, und das gegebenen Falles die besten Aussichten auf gänzliche Abstellung dieses Uebels bietet, ganz abgesehen von der Thatsache, dass es eine weitere Handhabe gewährt, den rein nervösen Charakter desselben zu erweisen.

Digitized by Google

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Baden am 16. und 17. September 1885.

Anwesend waren die Herren: *Alter*-Leubus, *Binswanger*-Jena, *Edel*-Charlottenburg, *Feldbausch*-Pforzheim, *Fertig*-Oppenheim a. Rhein, *Fischer*-Illenau, *Freusberg*-Saargemünd, *Fürstner*-Heidelberg, *Gerlach*-Münster, *Grashey*-Würzburg, *v. Gudden*-München, *Gutsch* jun.-Karlsruhe, *Hadlich*-Pankow, *Hansen*-Schleswig, *Hertz*-Bonn, *Kleudgen*-Obernigk, *v. Krafft-Ebing*-Graz, *Krell*-Bendorf, *Laehr* sen.-Schweizerhof, *Langreuter*-Eichberg, *Leo*-Bonn, *Lorent*-Bremen, *Mendel*-Berlin, *Nissl*-München, *Oebeke*-Endenich, *Preyer*-Jena, *Rieger*-Würzburg, *Schüle*-Illenau, *F. Siemens*-Ueckermünde, *Stadelmann*-Nürnberg, *Stark*-Stephansfeld, *Stühlinger*-Heppenheim, *Weber*-Sonnenstein, *Werle*-Hofheim, *Witkowski*-Hördt i. Els., *Würzburger* jun.-Bayreuth.

Am Vorstandstische: *von Gudden*-München, *Laehr*-Schweizerhof, *Schüle*-Illenau.

Entschuldigt durch Krankheit *Nasse*-Bonn und *Westphal*-Berlin.

Schriftführer: *Feldbausch*-Pforzheim und *Fischer*-Illenau.

Der Vorsitzende Obermedicinalrath Professor Dr. *von Gudden* eröffnet die Sitzung um $3^1/_4$ Uhr und begrüsste die Anwesenden. Er theilte der Versammlung mit, dass der Verein im verflossenen Jahre 4 Mitglieder durch den Tod verloren habe: den Reg. Rath Prof. Dr. *Schlager*, Dir. der n. öst. Irrenanstalt zu Wien, an Pyelonephritis, den Dr. *Kind*, Dir. der Idiotenanstalt zu Langenhagen, an Apoplexie, den San. Rath Dr. *Salomon* zu Bromberg, den Dichter des „Es hatten 3 Gesellen ein fein Collegium", den Assistenzarzt Dr. *Eckelmann* in Marburg an Lungenleiden in Folge einer früher im Duell erhaltenen Schusswunde. Die Anwesenden ehrten die Verstorbenen durch Aufstehen von den Sitzen.

An Stelle der den Statuten nach ausscheidenden Vorstandsmitglieder, der Herren *Nasse* und *Westphal*, wurden statt des Herrn *Nasse*, der zu aller lebhaften Bedauern wegen seines Befindens eine Wiederwahl bestimmt abgelehnt hatte, Herr San. Rath Dr. *Pelman*, Dir. der Prov.-Irrenanstalt Grafenberg, und durch Wiederwahl Herr Geh. Rath Prof. Dr. *Westphal* in Berlin in den Vorstand für die nächsten 2 Jahre gewählt.

Digitized by Google

Dr. *Schüle*-Illenau, Ueber die Frage der Beschränkung der Heirathsberechtigung bei belasteten und irre gewesenen Personen.

Sie erinnern sich wohl Alle jenes Vortrags unseres Altmeisters *Dick* auf der Versammlung in Heppenheim, wo der liebenswürdig-ernste Kollege uns die Resultate der während einer Reihe von Jahren in Klingenmünster verpflegten ledigen Mädchen, welche später sich verehelichten, statistisch vorlegte. Sie erinnern sich auch des Resultats, womit uns *Dick* überraschte: Dass Alle bis auf Eine, „deren Mann ein halber Lump gewesen", in der Ehe gesund geblieben — ich glaube, es waren an 23 — und kaum wird Einer der damaligen Zuhörer den siegesfrohen Humor vergessen, in welchem der ehrwürdige Kollege, auf seine statistischen Errungenschaften hinblickend, zu der Prophetie sich verstieg: „Wenn's Mädel in Klingenmünster war, so darf's ganz beherzt heirathen."

Es konnte nicht fehlen, dass diese Auschauungen auch in weiteren psychiatrischen Kreisen berechtigtes Aufsehen erregten. Handelte es sich doch um nichts Geringeres als um die These, dass die Ehe eine Schutzkraft gegen Wiedererkrankung in Psychosen abgebe, und dieses Problem war positiv entschieden worden. Freilich — muss ich gleich beifügen — hatte *Dick* sein Votum nicht allgemein, d. h. pêle mêle für alle Erkrankten abgegeben, sondern er hatte sich unter diesen die „Vollblutgenesenen und Vollblutheirathsfähigen", wie er in seiner plastischen Sprache sich ausdrückte, ausgewählt, dazu Kranke bis zum 30. Lebensjahre, und für diese seine günstige Ziffer herausgerechnet.

Auf der rheinischen Versammlung 1876 brachte unser verehrter Kollege *Nasse*, anknüpfend an den *Dick*'schen Vortrag, das Thema wiederum zur Sprache, und legte statistische Erhebungen aus Siegburg vor, welche nicht so günstig wie die aus Klingenmünster ausfielen. Auch Kollege *Oebeke* fügte eine interessante und genaue Statistik bei, wenn auch über ein relativ kleineres Beobachtungsmaterial, aus welcher er, übereinstimmend mit *Nasse*, gleichfalls zu dem Gegensatz von *Dick* gelangte. Dagegen war unser trefflicher Statistiker *Hagen* in seinem bekannten, in demselben Jahre erschienenen Werke dem *Dick*'schen Ergebniss näher gekommen. *Hagen* berechnete, ausser den ledigen und später verheiratheten geisteskrank gewesenen Frauen, auch noch die in dieselbe Categorie fallenden Männer: Von 22 ledigen Männern, welche später heiratheten, blieben 19 gesund und 3 wurden wieder geisteskrank; von den 23 geheilten ledigen Frauen blieben 17 gesund und recidivirten 6. Es blieben demnach $^4/_5$ von den ledigen Geheilten, welche heiratheten, gesund. Da aber nach *Hagen* überhaupt 83 pCt. der Genesenen gesund bleiben, so findet er weiter, dass bei den ledig bleibenden dasselbe Verhältniss sei wie bei denen, welche geheirathet haben, und schliesst daraus, dass die Ehe weder einen schädlichen, noch einen prophylactischen Einfluss in Bezug auf Rückfälle habe. Dennoch aber kommt *Hagen* auf einem statistischen Umwege zum Ergebniss, dass bei Fraue-

Digitized by Google

die Ehe im Allgemeinen wohl öfter einen vortheilhaften als nachtheiligen Einfluss äussere.

Dass die Frage „über die Schutzkraft der Ehe" eine eminent wichtige ist, wird, glaube ich, keinem Widerspruche begegnen. Von ihrer exacten Beantwortung hinge das Wohl von vielen Hunderten ab, und nicht blos das Interesse einzelner Personen, sondern wesentlich auch der administrativen Staatsbehörden etc. — wird doch die Bevölkerungsziffer unserer Irrenanstalten dadurch direct und auf das Erheblichste beeinflusst — Gründe genug, um derselben allen Ernstes näher zu treten. Ich glaubte deshalb zu dem Anachronismus berechtigt zu sein: Die vor nunmehr fast 9 Jahren an einen kleineren Kreis der Collegen gerichtete Aufforderung heute vor dem grösseren zu wiederholen.

Dass schon nur der Versuch einer Lösung dieser Frage unendliche Schwierigkeiten in sich schliesst, dürfte Jeder erfahren, welcher von diesem Gesichtspunkte aus das Material einer Anstalt ordnet. Um gleich in mediis rebus zu bleiben, will ich anführen, dass ich bei der Sichtung der Illenauer Listen aus einem Zeitraum von ca. 30 Jahren 890 ledige weibliche Kranke bezeichnet finde, welche krank waren und genesen oder gebessert, resp. ungeheilt entlassen wurden. Von diesen sind 40 später im verheiratheten Zustande wieder in die Anstalt zurückgekehrt. Natürlich vertragen diese Zahlen keinen Vergleich gegenseitig; denn ich konnte nicht in Erfahrung bringen, a) wie viele überhaupt von jenen ersten 890 in die Ehe traten und b) wie viele möglicherweise draussen recidivirten und nicht der Anstalt wieder zuwuchsen. Letzteres mag allerdings nur eine sehr kleine Zahl sein. Prüfte ich aber jene 40 nach der Verheirathung Recidiv Gewordenen für sich, so könnte ich nur an 8, d. h. $^1/_5$, das *Dick*'sche Prädikat der Vollblutsgesundheit resp. Vollblutsheirathsfähigkeit zuerkennen, und auch diese lassen sich, da sie theilweise in der Zeit weit zurückliegen, nicht genügend übersehen, um darauf irgend einen zuverlässigen Schluss gründen zu können — namentlich keinen so enthusiastisch bejahenden, wie ihn *Dick* gewagt hat.

Alle diese Erfahrungen drängen darauf hin, dass wir zuerst eine brauchbare Statistik zu gewinnen trachten müssen. Dazu gehört, dass jede Anstalt sich entschlösse, genaue Special-Zählblättchen für die eben in Rede stehende Frage anzulegen. Wir müssen, glaube ich, in jedem Falle der Aufnahme einer ledigen Persönlichkeit uns orientiren über

a) Lebensalter,

b) Art der Psychose,

c) Dauer der letzteren,

d) Ursache, worunter namentlich die Erblichkeit genau zu notiren ist, ob

α) einfache Prädisposition oder

β) wirkliche constitutionelle Anlage vorhanden ist;

e) Genesung: ob vollständig oder mit Defect. Daran müsste sich noch

Digitized by Google

ein Rubrum anschliessen über ev. Recidiven und den Stand der resp. Besserung oder Heilung.

Kommt eine solche Persönlichkeit als Verheirathete wieder, so wäre zu untersuchen: wiederum

a) Art und Dauer der Psychose und

b) die Ursache der Erkrankung, speciell ob diese jetzt durch in der Ehe selbst liegende Schädlichkeiten (Kummer, Noth, Unfrieden) ev. durch das Puerperium veranlasst wurde.

Soweit die statistischen Erhebungen in der Anstalt. Daran wird sich aber auch noch eine externe Statistik anschliessen müssen, dahin zielend, dass wir zu erfahren suchen: wie viele von den ledig Entlassenen sich später draussen verheirathen? Dieser Theil der Statistik würde sehr leicht zu ergänzen sein dadurch, dass wir die Bürgermeisterämter resp. die Administrativstellen, welchen wir ja doch Anzeige von der Entlassung einer Kranken machen, ersuchen, uns von der späteren Eheschliessung einer Betreffenden Mittheilung zu machen. Das wird jenen und auch uns eine kleine Mühe machen — zwei Zeilen würden jeweils genügen.

Auf diese doppelte Weise wird sich eine Statistik wenigstens anbahnen lassen, aus welcher im Verlauf der Jahre ein Material zu ziehen ist für unsere erste Frage, ob der Ehe wirklich eine Schutzkraft gegen Recidive innewohnt oder nicht. Mit dieser Bitte resp. Empfehlung zu diesem vorbereitenden Schritte die Hand zu bieten, wäre der erste Theil meiner Einladungsworte erledigt.

Wie hochwichtig es wäre, hierin nur einigermaassen auf Thatsachen sich zu stützen, erprobt sich — wenn wir von Allem Uebrigen zunächst absehen — schon in der einen so oft an uns herantretenden Frage: sollen wir, wenn wir um den Rath bezüglich der Heirath einer geisteskrank gewesenen Persönlichkeit angegangen werden, zustimmen oder abrathen? Bis jetzt entscheidet Dies ein Jeder nach seinem Gewissen und nach der mehr oder minder grossen Erfahrung, die ihm zu Gebote steht. Auch College *Hagen* verweist uns auf die Beschaffenheit des Einzelfalls. Aber, sagen wir es offen, die Einzelerfahrung, und wäre sie noch so ausgedehnt, ist für diese Entscheidung ungenügend. Wie viele Momente kommen da in Betracht individuellen Charakters; und wie viele weitere von allgemeinerer Wichtigkeit! Dass der Arzt die Ehe nie als Heilmittel wird empfehlen können und dürfen, wird nicht erst besonders gesagt werden müssen; man denke doch — von anderen Bedenken abgesehen — nur an die fast immer verschlimmernde Wirkung einer Graviditât auf eine bestehende Psychose! Aber, so wie ich die Frage Ihnen heute näher bringen möchte, handelt es sich dabei nicht nur darum: ob wir das betr. Mädchen für rüstig genug halten, um die Chancen eines ehelichen Lebens einzugehen, sondern es interessirt uns auch die Sorge um die ev. Nachkommenschaft. Ich berühre den letzteren Punkt nur, ohne ihn weiter auszuführen. Die Erblichkeit, so verwickelt sie in ihren Factoren und so dunkel, un-

Digitized by Google

sicher, ja vielfach widersprechend sie in ihren Resultaten noch ist (wie oft verrechnen wir uns!) — repräsentirt gleichwohl einen Factor, dessen statistische Stärke, wenn auch numerisch noch schwankend, dennoch als Thatsache feststeht, so zwar, dass deren Ziffer von keiner aus den übrigen übertragbaren Krankheitsformen übertroffen wird, selbst nicht einmal von der Phthise. Persönlich gestehe ich Ihnen offen, dass mich — amicus *Dick*, amicus *Hagen* — meine practischen Erfahrungen und theoretischen Bedenken im Allgemeinen dahin führen: dass ich jedem geisteskrank gewesenen Mädchen, welches nicht völlig genesen und von constitutionel neuropathischer Anlags frei ist, die Ehe widerrathen möchte — vorausgesetzt, dass die Frage in einem Zeitpunkt an mich kommt, in welchem noch Etwas zu machen ist, d. h. wo die Herzensliaison noch nicht zu weit gediehen ist. Denn in letzterem Falle ist oft der Schaden des directen Abrathens ein positiver, während der andere doch nur ein möglicher. Aber selbst in dieser Zwangslage könnte ich mich nicht zum Zurathen entschliessen. Glücklicherweise, oder soll ich eher sagen, unglücklicherweise, sind wir Aerzte der practischen Entscheidung auch enthoben; denn man folgt uns in der Regel nicht, oder man glaubt uns nicht, und thut doch was man meint nun nicht mehr lassen zu können. Diese letztere Betrachtung könnte vielleicht entmuthigend wirken für die Eingangs angeregte statistische Untersuchung; denn wozu, wird Mancher sagen, erst diese mühsamen, wenn auch theoretisch noch so interessanten Erörterungen, wenn wir für dieselben keine practische Folge erhoffen dürfen? Aber, meine Herren, unsere Aufgabe als Aerzte ist und bleibt gleichwohl unentwegt feststehen: wie im gesammten medicinischen Gebiet darf sie sich nicht einfach nur auf eine beobachtende einschränken, sondern sie ist, muss sein und bleiben: zu heilen, und vor Allem Prophylaxis üben. Andererseits hege ich, offen gestanden, zu dem gesunden Sinn des Publikums soviel Vertrauen, dass, sofern unsere Forschungen dereinst zu einigermaassen gesicherten Ergebnissen aus grossen Zahlen führen, diese Resultate nach und nach auch in's Publikum dringen, und dort als stille Logik wirken, und namentlich der verhängnissvollen Praxis des gedankenlosen Heirathens, wo nur das Herz und der Mammon befragt wird und der Kopf nicht — einen Damm entgegensetzen werde. Wie oft wird der Arzt Angesichts dieses eben gerügten — ich darf wohl sagen — Schlendrians im wichtigsten Lebensschritte, sowie er jetzt leider so häufig gehandhabt wird, an die Worte des Dichters erinnert: „Denkt Kinder und Enkel und schüttelt das Haupt!"

Verspreche ich mir soweit von unserer angeregten Statistik die Grundlage für ein begründetes Rathgeben im Einzelfalle eines Eheprojects, so glaube ich, führt sie uns für gewisse Fälle auch noch weiter. Wir müssen bestrebt sein, unbesonnen geplante, d. h. mit unzureichender Kenntniss der ärztlichen Cautelen quoad Wiedererkrankung und namentlich quoad Nachkommenschaft gefasste Eheentschliessungen zu verhüten. Die Fälle, welche ich hier im Auge habe,

Digitized by Google

betreffen die Heirathslustigen aus der Gruppe der Degenerativen resp. constitutionellen Psychopathien, speciell die chronisch epileptisch Irrsinnigen, die eingewurzelten unheilbar Hysterischen, die Alkoholisten mit Moral Insanity und wiederholten Alkoholpsychosen — und hierunter ganz besonders diejenigen, welche social allein stehen, ohne Verwandte oder aufmerksam überwachende Bekannte resp. Gemeindebehörden. Für diese Alle, glaube ich, muss ärztlicherseits eine Fürsorge vorgesehen werden, nach der Richtung, dass die Betroffenen nicht — aus irgend einem Grunde in einem Intervall ihrer chronisch-habituellen Psychose entlassen — leichtfertig in ihrer geistigen Schwäche in einen Ehebund gezogen werden können, bei welchen „der Wahn kurz und die Reue lang" ist, und vor allem die Nachkommenschaft die Folgen zu tragen hat, worin die beleidigte Natur sich rächt „bis in's dritte und vierte Glied". Meine Herren, ich ziele nicht darauf ab, dass pêle mêle für diese Invaliden ein Ausnahmegesetz sollte angestrebt werden; dazu fehlen uns, bei der noch vielfach dunkeln Erblichkeitslehre die erforderlichen Grundlagen, und seitens der staatlichen Gemeinschaft — in unserer Zeit der Freiheitsideale auf allen Gebieten — wohl auch die Geneigtheit, ein generelles Verbot zu erlassen. Wenn wir ganz objectiv bleiben wollen, so liegt ja die Sache auch für uns Aerzte noch so, dass wir neben den meistens funesten Wirkungen einer derartigen Eheschliessung, doch auch manchmal corrigirende gute auf die Theilnehmenden zu rubriciren haben. So wird ja dann und wann ein Homo bibulus zur Mässigkeit erzogen, eine sinnlich veranlagte Hysterica in die vernünftig zulässigen Grenzen einer geschlechtlichen Befriedigung durch eine convenirende Ehe zurückgeführt. Aber gestehen wir es offen: Das Letztere sind doch nur die Ausnahmen — Regel bleibt — zumal bei den um ihr Dasein Kämpfenden, und namentlich wo diesen kein Fonds von Herzens- und Geistesbildung zur Verfügung steht — eine Verschlimmerung der krankhaften Anlage; damit ist aber die Gefährdung einer Deteriorirung der Nachkommenschaft gegeben. Vollends, und wie ich glaube ausnahmelos, trifft diese Befürchtung für die epileptischen Irren zu. Wenn wir aber, und dies zu keiner Zeit mehr als in der gegenwärtigen, für Eindämmung der Seuchen und infectiösen Krankheiten sorgen; sollten wir da, so frage ich Sie, vor dem nicht minder verheerenden hereditären Virus Halt machen; sollen wir — die Naturforscher in dem seelischen und anthropologischen Gebiete — unsere täglich wiederholten Erfahrungen in diesem Punkte vergraben; sollen wir theoretisch registriren, und practisch fortfahren auf ständige Erweiterung der Irrenasyle, der Anstalten für schwachsinnige Kinder etc. zu drängen, wenn wir doch in unserer ärztlichen Erfahrung den Weg kennen, das Uebel an der Wurzel zu erfassen und die Gesellschaft zu saniren? Ein wirksames Vorgehen darin kann aber nur staatlich geschehen, und zwar — unter den heutigen Gesetzesnormen — nur in Form der fürsorglichen Entmündigung. Diese wäre, soweit ich die gesetzlichen Bestimmungen zu übersehen vermag, in der Weise zu erreichen, dass wir resp. die Directoren

Digitized by Google

der Anstalten uns verpflichten würden, in diesen Fällen bei Zeiten — d. h. vor der Entlassung eines solchen Kranken den Antrag auf Entmündigung einzuleiten; dies kann leicht in der Weise geschehen, dass wir jeweils den zuständigen Polizei- resp. Administrativbehörden die nöthigen ärztlichen Anhaltspunkte zur Verfügung geben, auf welche gestützt die betr. staatliche Behörde den Antrag stellt resp. verfügt, dass eine derartig qualificirte Persönlichkeit nach der Entlassung nicht sofort als juristisch frei, d. h. Sui juris dasteht, und über ihr und des angeheiratheten Theiles Lebensschicksal und über das Geschick der ev. Kinder unbeschränkt walten kann. Zum Mindesten würde eine derartige Beschränkung zu einer genauen Prüfung der ehelichen Verhältnisse im Einzelfall führen. Dem Einwande, dass dadurch nicht auch etwaigen ausserehelichen Verbindungen sammt deren Folgen begegnet werden könnte, möchte ich einräumend erwidern, dass wir vorerst nur nach dem Erreichbaren streben wollen. Aber auch hierfür ist erst eine genaue Statistik nöthig.

So dehnte sich meine anfängliche Bitte auch auf diese zweite Categorie aus, hier speciell darauf, welche Formen von Psychosen für diesen zweiten Gesichtspunkt besonders in Betracht kommen. Sind wir erst einmal soweit, dann müssen wir auch noch eine umfassendere gesetzliche Regelung, und zwar durch die legislatorischen Organe, anstreben. Ich betone dabei, dass wir diesen abschliessenden Schritt bis jetzt noch nicht thun wollen; und es auch nicht können, denn es fehlen uns eben dazu noch die erforderlichen Detailgrundlagen; aber die Vorarbeiten — das ist meine feste Ueberzeugung — dürfen wir ebensowenig noch länger aufschieben. Sie, m. H., nun auch zu dieser erweiterten Forschung zu ermuntern, ist der Zweck des zweiten Passus meiner Einleitungsworte.

M. H. Kurz vor unserer heutigen Versammlung hatte ich die Freude, unseren verehrten Collegen *Hagen* in Illenau begrüssen zu dürfen. Unter den anregenden Gesprächsthematen, welche mir das, leider nur auf wenige Stunden beschränkte, Wiedersehen brachte, gehörte auch der soeben vor Ihnen vorgetragene Gegenstand. Ich kann nicht alle die werthvollen Bemerkungen und Aeusserungen, welche ich dem Genuss jenes Besuchs speciell für mein Thema verdanke, Ihnen heute mehr vorführen; betonen aber muss ich, dass ich es nach jenen gelegentlich geäusserten, aus einer Fülle von Erfahrungen und tiefem Nachdenken entprungenen Urtheilen meines verehrten Collegen aufrichtig bedauern muss — namentlich im Interesse unserer hochwichtigen Sache — gerade ihn heute nicht auch unter uns begrüssen zu können. Wichtige Dienstgeschäfte hielten ihn ab persönlich zu kommen; ich überbringe Ihnen seine wärmste Begrüssung. Dagegen bin ich so glücklich, einen Brief von seiner Hand reproduciren zu können, welchen ich vor wenigen Tagen von ihm erhielt. Der verehrte College hatte die Güte, in demselben speciell seine Stellungnahme zu meinem heutigen Vortragsthema, statistisch begründet, niederzulegen. Sie erlauben mir, m. H., dass ich Ihnen dieses wichtige Votum hier in extenso mittheile.

Digitized by Google

„Da der Druck unseres siebenjährigen Berichts leider noch nicht so weit vorgeschritten ist, dass dessen Versendung noch vor der Versammlung in Baden möglich sein wird, mir aber doch daran liegt, dass diese von denjenigen Ergebnissen desselben, welche die Verheirathungsfrage betreffen, noch Kunde erhält, so erlaube ich mir Ihnen einstweilen das Hauptsächlichste davon in Kürze mitzutheilen. Der Bericht umfasst die Jahre 1877 - 1883. In diesen 7 Jahren wurden 1114 Kranke aufgenommen. Davon waren 86 bereits in den ersten 30 Jahren der Anstalt (1846—1876) in der Anstalt gewesen, und 40 von diesen 86 waren genesen entlassen worden. Bei 102 in den 7 Jahren Aufgenommenen war die Anlage direct von den Eltern vererbt worden. Fragen wir nun aber, wie viele von diesen Eltern und Müttern, welche die Anlage zu Geisteskrankheit vererbten (früher, nämlich in den ersten 30 Jahren der Anstalt) schon in dieser gewesen waren, so finden wir nicht mehr als 15 (6 männliche, 9 weibliche), während 87 dieser Eltern nicht in einer Anstalt gewesen waren. Von 2029 Individuen, welche nach der Berechnung auf S. 9 des fünfjährigen Berichtes (1872—1876) in den ersten dreissig Jahren der Anstalt sich in derselben befunden haben, sind also nur 15 Nachkommen in den Jahren 1877 - 1883 in die Anstalt gekommen. Von diesen 15 ist nur eine einzige Kranke nach der ersten Aufnahme und Entlassung ihrer Mutter geboren; alle übrigen waren schon vorher geboren gewesen. Betreffs der hieran sich anknüpfenden Erörterungen sowie Widerlegung gewisser möglicher Einwände muss ich auf den (hoffentlich bald zur Versendung kommenden) Bericht selbst verweisen, und bemerke daher nur kurz: als ziemlich sicheres Resultat ergiebt sich hieraus, wie auch schon die statistischen Untersuchungen gefunden hatten, dass der auch nur temporäre Aufenthalt eines Kranken in der Anstalt ein relativ sehr bedeutendes Schutzmittel gegen die Vererbung der Anlage auf seine Nachkommen ist.

Und nun komme ich auf den Hauptpunkt. Nach den „statistischen Untersuchungen“ waren von den in den Jahren 1846—1871 als genesen entlassenen Ledigen im Jahre 1874 bereits 50 verheirathet (grösstentheils natürlich sehr lange vorher). Unter den 1877—1883 Aufgenommenen befindet sich nur eine einzige Kranke, deren Mutter zu diesen 50 gehörte; von den übrigen 49 ist kein Kind in die Anstalt gekommen. Ob eine solche Erfahrung überall gemacht werden wird, muss ich zwar dahingestellt sein lassen; sehr bedeutend werden aber gegentheilige schwerlich sein können, und jedenfalls muss dieselbe zur ernstlichen Erwägung der Frage auffordern, ob der Arzt, wenn er um Rath gefragt wird, in der That aus Rücksicht auf die Nachkommen verpflichtet sei, jedesmal schlechthin vor der Verheirathung eines einmal geisteskrank Gewesenen abzurathen. Mir scheint, der Begriff: „Degeneration“ sei heut zu Tage ein etwas gar

Digitized by Google

zu geläufiger geworden, ich muss mich aber enthalten, hier auf weitere Reflexionen einzugehen, welche in mündlicher Discussion zu vertreten mir ja doch nicht möglich sein wird, da ich bei der Versammlung nicht anwesend sein werde. Ich bitte Sie daher nur, derselben von der vorstehenden Thatsache „vorläufige Mittheilung" zu machen, sowie sämmtliche anwesenden Collegen herzlich zu grüssen."

Ich kann nun persönlich nach meinen hiesigen Erlebnissen diesen Erfahrungen *Hagen*'s nicht unbedingt beitreten, habe sogar bezüglich des zweiten Passus (der Resultate des Schicksals der Descendenten von gestört Gewesenen) erhebliche Bedenken resp. doch zahlreichere gegentheilige Erfahrungen, als *Hagen* annehmen will. Immerhin aber bezeugt dieser Standpunkt einer unserer zuverlässigsten Gewährsmänner nur aufs Neue, wie wenig übereinstimmend die Resultate der uns beschäftigenden Frage noch sind, und wie hochwichtig es ist, viribus unitis an die Lösung, zunächst einmal an die Vorarbeiten zu letzterer zu gehen.

Discussion:

Mendel: Gewiss ist die Frage von dem Einfluss der Verheirathung bei vorangegangenen Psychosen von grösstem Interesse und grösster Wichtigkeit. Persönlich kann ich mit den günstigen Erfahrungen von *Dick* und *Hagen* mich nicht einverstanden erklären. In Bezug auf die Statistik will der Herr Vorredner, wenn ich ihn recht verstanden, auch die Ortsbehörden heranziehen, um Auskunft zu ertheilen. Nun denken Sie sich den Fall, dass ein Mädchen mit 16 Jahren in die Anstalt kommt, mit 17 Jahren entlassen wird, sie verheirathet sich nach 5 Jahren, lebt glücklich; da kommt der Gemeindevorsteher mit der Anfrage aus der Irrenanstalt: wie steht es jetzt mit der Geisteskrankheit? Jetzt erfährt erst der Ehemann etwas, es ist der Keim des Zweifels gelegt, der die nachhaltigsten Folgen haben kann. Durch diese Art der Statistik würden wir, glaube ich, mehr Schaden stiften, als dieselbe je Nutzen bringen kann.

Was die zweite Frage, die Verhütung einer erblich belasteten Nachkommenschaft betrifft, so fürchte ich, dass alle andern Mittel, als Belehrung, nicht fruchten werden, aber auch, wie selten die letztere etwas nach dieser Richtung hin nützt, wissen wir Alle. In Amerika hat ja ein Arzt ein sehr radicales Mittel vorgeschlagen, nämlich die geisteskranken Frauen zu castriren. Wir müssen uns darauf beschränken, so viel wie möglich dahin zu wirken, dass derartige Personen entmündigt werden, mit der Entmündigung ist die Unmöglichkeit gegeben zu heirathen. Ein andres Mittel giebt es nicht und dürfte es auch in Zukunft nicht geben.

Schüle meint nicht, dass einfach die administrativen Behörden ohne Auswahl mit dieser delicaten Frage zu betrauen wären, sondern Vertrauensmänner (ärztliche Collegen, Pfarrer etc.), welche den nöthigen Takt und das erforderliche Urtheil besässen.

Digitized by Google

Gerlach: Zu dem Vorschlage des Herrn Collegen *Schüle* will ich bemerken, dass in der Provinzialirrenanstalt zu Marsberg meines Wissens seit bereits $1^1/_2$ Decennien es üblich ist, von den betreffenden Ortspolizeibehörden alljährlich über das Befinden und Verhalten der im Jahre vorher Entlassenen sich Bericht geben zu lassen. Eine Sicherheit für die Richtigkeit dieser amtlichen Mittheilungen ist freilich nicht gegeben, denn es kommt vielfach vor, dass die ärztlicherseits nur als gebessert Entlassenen von den Behörden als geheilt angesehen und dahin beurtheilt werden. Geschieht auf diese Weise zur Erledigung der vorliegenden Frage auch Mancherlei, so haben wir uns doch zu hüten, aus den so gewonnenen Ergebnissen weittragende Schlüsse zu ziehen.

v. Krafft-Ebing macht darauf aufmerksam, wie häufig durch Zeugung Neurosen aus Psychosen veranlagt werden und umgekehrt, so dass es nöthig wäre, das Schicksal der belasteten Generationen nicht blos an der Hand der Statistik der Irrenanstalten, sondern auch durch Forschung in der freien Bevölkerung zu verfolgen.

Binswanger: Ein Zuhörer von mir hat das relativ leicht übersehbare Material der Jenenser Klinik bezüglich der Erblichkeitsziffern bearbeitet, und es ist dabei ebenfalls die auffällige Thatsache bemerkt worden, dass eine Wiedererkrankung (resp. Wiederaufnahme in die Anstalt) geisteskrank gewesener Individuen nach ihrer Verheirathung sehr selten verzeichnet ist. — Sodann bemerke ich, dass im Grossherzogthum Sachsen durch das ausgedehnt geübte Recht der Beurlaubung eine Schranke gegen das frühzeitige Verheirathen entlassener Kranken aufgestellt werden kann, indem eben derartige zweifelhafte Fälle nicht definitiv aus der Beobachtung entlassen werden und dadurch an einer voreiligen Eheschliessung gehindert werden können.

Schüle bestreitet die Rechtskraft der fürsorglichen Entlassung. Nach seinem Vorschlag sollte die Anstaltsdirection bei der Entlassung eine Entmündigung derartiger Individuen beantragen.

v. Gudden ist ebenfalls der Ansicht, dass ein Entlassener thun kann, was er will, so lange er nicht entmündigt ist.

Fürstner hält es für wünschenswerth, dass auf Grund des von *Schüle* gegebenen Schemas und zwar auf Grund nach dieser Richtung hin neu untersuchten Materials in Anstalten statistische Erhebungen gemacht werden, möchte aber von einer externen Statistik Abstand genommen sehen und das Schema vereinfachen. Nach einer längeren Reihe von Jahren würde wenigstens ein Theil der Fragen zu beantworten sein. Von einem Versuch, das Publikum und die Entlassenen zu beeinflussen, um das Heirathen Letzterer zu verhindern, mit Hinweis auf die Gefährlichkeit des Unternehmens, namentlich bezüglich der Descendenz, verspricht sich *F.* keinen Erfolg.

Schüle stellt folgenden Antrag: Das vorgelegte Schema der Zählblättchen speciell für die angeregte Frage künftig zu benutzen.

v. Gudden ist gegen einen förmlichen Majoritätsbeschluss und will

Digitized by Google

dem Ermessen jedes Einzelnen überlassen, eine solche Statistik in seiner Anstalt einzuführen.

Laehr stimmt ihm bei, da es nicht in der Macht des Vereins liegt, seinen Mitgliedern eine derartige Pflicht aufzulegen.

Schüle zieht in Folge dessen seinen Antrag zurück und verwandelt ihn in ein Ersuchen an die Collegen, auf dem von ihm vorgeschlagenen Wege eine Statistik in Angriff zu nehmen, womit sich *Laehr* und *v. Gudden* einverstanden erklären.

v. Gudden: Ueber die Einrichtung von sogenannten Ueberwachungsstationen.

Das Verdienst, die erste Wachabtheilung (quartier de surveillance continue) eingeführt zu haben, gebührt *Parchappe* (conf. *Parchappe:* des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés, Paris 1853, p. 92).

In dieselbe gehören nach ihm 1) solche auch noch an anderen körperlichen Krankheiten leidende Seelengestörte, welche einer ständigen Pflege und 2) solche Kranke, welche ihrer Neigung, sich das Leben zu nehmen, oder wegen übler Angewöhnungen einer ständigen Aufsicht bedürfen.

Ausgeschlossen von derselben sollen sein aufgeregte, unreine und epileptische Kranke.

Es ist unmöglich, für die Einrichtung einer Wachabtheilung allgemein giltige Regeln aufzustellen. Viel hängt von gegebenen Verhältnissen ab, vor Allem davon, ob man neu baut oder sich in einer bestehenden Anstalt einzurichten hat. Je kleiner eine Anstalt, um so schwieriger die Aufgabe, und um so geringer die Mittel, um so grösser der Zwang zur Sparsamkeit. Sparen aber sollte jede aus öffentlichen Mitteln unterhaltene Anstalt, so weit es nur möglich und zulässig ist.

Das Programm für den Bau und die Einrichtung einer Wachabtheilung, welches ich mir erlaube zur Discussion zu bringen, hat zur Voraussetzung den Neubau einer öffentlichen Anstalt für 400 den wenig bemittelten Ständen angehörige Kranke, 200 Männer und 200 Frauen, von denen angenommen wird, dass ihrer 10 pCt. in die Wachabtheilung gehören.

Einen grossen Theil des Contingentes der einer ständigen Pflege bedürftigen Kranken stellen die paralytischen in den späteren Stadien ihrer Krankheit. Sie bedürfen in der That fast alle einer sehr sorgsamen Pflege und sollten eventuell auch wegen ihrer Unreinlichkeit nicht ausgeschlossen werden. Andererseits wäre es eine grosse Rücksichtslosigkeit, wollte man psychisch relativ gut erhaltene Kranke, die anderweitig körperlich schwer erkrankt sind, oder empfindliche Kranke mit Neigung zu Suicidium mit diesen Paralytikern oder mit anderen, nach den Richtungen, auf die es hier ankommt, ihnen nahe stehenden Kranken unmittelbar zusammenbringen; beide Gruppen aber von einander absolut zu trennen, zöge nahezu die Nothwendigkeit einer Verdoppelung des bezüglichen Pflegepersonals nach sich.

Digitized by Google

weshalb es sich empfehlen dürfte, sie in neben einander liegenden, durch eine Thüre mit einander in Verbindung stehenden Sälen unterzubringen.

Bettlägerige Kranke bedürfen keines gesonderten Tagraumes und für sich selbst gefährliche würde die Einrichtung eines solchen die Aufsicht nur erschweren. Ich möchte deshalb vorschlagen, auf einen solchen ganz zu verzichten und sich damit zu begnügen, in den genannten Sälen, die eine entsprechende Grösse haben müssten, einen Theil von Betten frei zu erhalten.

In die Säle würde von einem schliessbaren Vorplatze aus je eine Thüre führen. Diesem gegenüber auf der entgegengesetzten Seite ebenfalls vorspringend kämen die beiden Badezimmer zu liegen. Die Fenster (mit starken Glasscheiben) befänden sich einander gegenüber vorn und hinten. Seitlich an die Säle schlössen sich die Einzelzimmer, auf jeder Seite drei. Einzelzimmer, im Anschlusse an die Säle, halte ich für ein Bedürfniss. Es giebt Kranke der einen, einer unausgesetzten sorgsamen Pflege bedürftigen Gruppe, die durch ihre Ausdünstungen die Luft in hohem Grade verderben. Solche gehören in Einzelzimmer. Es giebt andererseits Kranke der einer ständigen Ueberwachung bedürftigen Kategorie, welche zwar nicht zu den laut störenden gehören, aber doch durch ihr unruhiges Wesen, ihr nächtliches Umherwandern u. s. w. fast unerträglich werden. Auch diese gehören in Einzelzimmer. Die Einzelzimmer der sich selbst gefährlichen Kranken, in der Regel nur für die Nacht bestimmt, sollten nach meiner Meinung innere Fensterläden, mit Füllungen von dickem Glas versehene Thüren und keine oder besonders construirte Bettladen erhalten. Eins könnte als Polsterzimmer eingerichtet werden. Die Einzelzimmer des anderen Saales bedürften keiner besonderen Einrichtung.

Noch steht der Raum eines vierten Einzelzimmers zur Verfügung. Dieser würde der Länge nach getheilt und die innere Hälfte könnte zur Aufnahme von Kleidungsstücken u. s. w. dienen, die äussere wäre für den Abort bestimmt. Zu diesem Behufe würde dieselbe noch einmal der Quere nach durch eine Wand getheilt. In den vorderen Raum, dessen Eingang sonst frei bliebe und nur eine Thüre von 120 cm Höhe hätte, käme ein feststehender Sitz. Der mit *Süvern*'scher Masse zu desinficirende Untersatz, von aussen zugänglich durch eine Thüre, könnte täglich gewechselt werden, ohne dass die Säle im Geringsten belästigt würden.

Luftheizung und Gasbeleuchtung, Controluhren oder elektrische Controlvorrichtungen, und die Abtheilung wäre fertig.

Einfacher, wie vorgeschlagen wurde, könnte sie wohl nicht gebaut werden, vielleicht auch nicht zweckmässiger.

Aufgeregte Kranke, die laut sind, müssten von derselben fern gehalten und besonders beaufsichtigt werden. Für solche Kranke der dritten Verpflegungsklasse hat die Münchener Anstalt zwei besondere, gleichzeitig zu beaufsichtigende Beobachtungszimmer in der unruhigen Abtheilung, für solche der oberen Verpflegungsklassen in der entsprechenden Abtl

Digitized by Google

zwei Zimmer. Für die übrigen einer besonderen Pflege und Aufsicht bedürfenden Kranken der oberen Verpflegungsklasse dürften keine besonderen baulichen Einrichtungen nothwendig sein. — Für einfach unreine Kranke, die nicht in die Wachabtheilung gehören, genügt es, wenn das bezügliche Pflegepersonal zweimal in der Nacht, etwa um 12 und um 3 Uhr nachsieht, um sie entweder trocken zu legen oder zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse anzuhalten. Nicht sich selbst gefährliche, wegen ihrer Aufgeregtheit isolirte, unreine Kranke wird man im Allgemeinen für die Nacht gewähren lassen müssen.

Discussion:

Fürstner glaubt zunächst betonen zu müssen, dass er unter Wachabtheilung nur eine Abtheilung versteht, wo auch während der Nacht eine dauernde Wache vorhanden ist, nicht nur eine gelegentlich passirende Pflegerin auch den Wachsaal passirt. Er verwendet zur Controle besonders construirte Controluhren. Was die Grösse des Wachsaales anbetrifft, so findet er 10 pCt. zu gering, das Bedürfniss für die Wacht ist oft unzweifelhaft grösser. *F.* will sodann die Paralytiker trennen von den übrigen somatisch Kranken, Selbstmordsüchtigen, Nahrungsverweigerern etc. Er will aber auch für den Wachsaal schwerer Paralytiker eine ständige Wache haben, um bei Anfällen behülflich zu sein, Krankheitserscheinungen zu beobachten, Unglücksfälle zu vermeiden. *F.* weist sodann auf die Schwierigkeit hin, bei der *v. Gudden* vorgeschlagenen Anordnung der Isolirzimmer, die auch er *(F.)* für nöthig hält, gleichzeitig Säle und Isolirzimmer im Auge zu behalten. Gegen einen Extratagraum für die Wachabtheilung spricht sich *F.* aus, weil dadurch die Schwierigkeit der Ueberwachung wächst.

Grashey stimmt den Vorschlägen zu, möchte aber den Vortragenden noch speciell fragen nach der Zahl des erforderlichen Personals und den Ablösungsmodus desselben, ihm scheint die vorgeschlagene Wachstation mindestens 2, nicht selten aber auch 3 bis 4 Personen zu erfordern. Bezüglich des Ablösungsmodus möchte er erwähnen, dass sich eine tägliche Ablösung weniger bewährt hat, als ein mehrwöchentlicher Turnus. Bei letzterer Methode lernt das Pflegepersonal die betreffenden Kranken viel genauer kennen und kann vom Arzte für alle Vorkommnisse besser zur Verantwortung gezogen werden. Für das Personal selbst ist es leichter, Tag für Tag dieselben Dienst- und Erholungsstunden zu haben, als etwa alle 3 bis 4 Tage einmal nach anstrengendem Tagesdienst zur Wache für eine halbe Nacht herangezogen zu werden.

v. Gudden hat in München der geringeren Kosten wegen tägliche Ablösung des Wachpersonals, glaubt aber, dass die von *Grashey* befolgte Methode manches Vortheilhafte habe. *Fürstner* gegenüber giebt er zu, dass die Zahl von 10 pCt. des Krankenstandes unter Umständen zu niedrig; es wird sich dies nach den örtlichen Verhältnissen richten. Für solche Anstalten,

Digitized by Google

die nicht ausschliesslich frische Fälle aufnehmen, hält er die angegebene Zahl für durchaus genügend.

Oebeke hält es für unmöglich, dasselbe Personal 6 bis 8 Wochen hinter einander wachen zu lassen.

Grashey erwidert, dass die Wachenden während dieser Periode zuweilen einen halben Tag vollständig frei haben und sich deshalb leichter darin finden als seltener Wachende, auf die im übrigen Dienst keine Rücksicht genommen wird.

Siemens beschreibt kurz die Einrichtung der Wachstationen seiner Anstalt, von denen er eine Skizze entwirft. Er hat hier bei Tage 2 ständige Wärter, welche im Wachsaal sich von 8 zu 8 Tagen ablösen, während des Nachts 2 Wärter im Turnus, der sich über Alle erstreckt, wachen. Sind besonders schwierige Patienten im Wachsaal, so schläft ein dritter Wärter im Vorraum (Tagraum).

v. Gudden: Auch in München schläft noch ein Pfleger in dem Ueberwachungsraum, um der Wache nöthigenfalls helfen zu können. Der Abort darf seiner Ansicht nach nicht ausserhalb des Raumes sein, weil sonst die Ueberwachung zu sehr erschwert wird.

Fürstner: Die Einrichtung des Abortes, wie sie von *Gudden* gegeben, scheint nicht allen Schwierigkeiten gerecht zu werden. *F.* lässt die Wache wechseln, jede Pflegerin wacht die halbe Nacht. Am Tage ist durchaus dasselbe Personal auf der Wachabtheilung. Frägt, ob ein besonderer Tagraum bei dem von *Gudden* aufgestellten Projecte vorhanden sei.

v. Gudden: Der von den Betten freie Raum dient als Tagraum, in demselben wird auch gegessen. *Gudden* hält diese Einrichtung für vortheilhaft, sowohl in Hinsicht auf die grössere Sicherheit, als auf die Billigkeit.

Binswanger frägt an, ob man auch Pensionäre auf Wachabtheilungen legen dürfe, erzählt, dass er sich in einem solchen Falle gegen eine Beschwerde habe vertheidigen müssen.

Siemens: In Marburg wurden auch die Pensionäre, sobald es nöthig war, auf die Wachabtheilungen gelegt.

Freusberg muss sich in Saargemünd ohne Wachabtheilung behelfen; frägt nach einer von München empfohlenen Vorrichtung zur Beobachtung der Kranken in Zellen.

v. Gudden: In München sind die oberen Klassen auch in Wachabtheilungen geschieden. Die Kranken dieser Klassen, die einer ständigen Ueberwachung bedürfen, erhalten, wenn sie im Stande sind, es zu zahlen, einen besonderen Pfleger auf ihre Kosten, andernfalls stellt die Anstalt einen solchen. — Die von *Freusberg* erwähnte Vorrichtung ist sehr einfach, sie besteht in einem, in die Thür eingelassenen Conus, der nach aussen an seinem spitzeren Ende eine kleine Glasscheibe in sich aufnimmt, und mit einem Schieber, ähnlich dem am Oculare eines Fernrohres, versehen ist.

Laehr fragt, ob es auch in Privatanstalten, wo gewöhnlich jeder Kranke sein eigenes Zimmer habe, derartige Wachabtheilungen gebe. Er selbst hat

Digitized by Google

eine derartige Einrichtung bis jetzt nur in einer württembergischen Anstalt kennen gelernt.

Kleudgen-Obernigk: Ich habe in meiner Anstalt ein grösseres Zimmer eingerichtet, in welches ich mehrere der strengsten Ueberwachung bedürftige Patienten (Suicidium-Süchtige) zusammenlege, und in der gleichen Weise überwachen lasse, wie dies von den Collegen der öffentlichen Anstalten angegeben ist. Ich bin hierbei weder seitens der Angehörigen, noch seitens der Patienten auf Widerstand gestossen.

Dr. *Siemens*-Ueckermünde (Referent), Ueber die Behandlung der Nahrungsverweigerung der Irren.

Mit Freude begrüsste ich den Beschluss unseres Vereinsvorstandes, die Frage nach der Behandlung der Abstinenz der Irren auf die Tagesordnung der diesjährigen Versammlung zu setzen; bewies der Beschluss mir doch, dass diese Frage noch immer für eine wichtige gehalten wird. — Wie Sie wissen, hat die Literatur der letzten Jahre verschiedene Anregungen in dieser Sache gebracht, und es darf gesagt werden, dass zum Theil eine Aenderung in den Anschauungen der Psychiater eingetreten ist. Es ist wohl zweifellos, dass die gewaltsame Fütterung der Abstinenten, insbesondere die mit der Schlundsonde, jetzt überall ganz erheblich viel seltener vorgenommen wird, wie früher, und dass auch diejenigen Aerzte, welche sie für unentbehrlich halten, de facto sie nur dann und wann noch anwenden, während Andere bereits viele Jahre lang ohne die Sonde ausgekommen sind. Lassen sie mich hier gleich erklären — und diese Erklärung wird, denke ich, jedes Missverständniss verhindern —, dass auch die Gegner der Sonde dieses nützliche Instrument durchaus nicht völlig verwerfen, dass es ihnen nicht einfällt, die Anhänger der Sonde, wie man sich ausgedrückt hat, in den Bann zu thun. Insbesondere verwerfen wir die Sonde nicht aus Principienreiterei. Wenn nicht anders als durch die Sonde das Leben des Kranken zu erhalten ist, werden wir die Sonde natürlich anwenden. Ueber diese vitale Indication lässt sich nur von Fall zu Fall entscheiden, es ist da lediglich das ärztliche Gewissen das, was den Ausschlag giebt. Ja, es giebt derartige Fälle, wir gestehen das zu, aber sie sind ausserordentlich selten, sie kommen manchmal in einer Anstalt in vielen Jahren nicht vor.

Nach dieser vorweggegebenen Erklärung lassen Sie uns näher auf die Sache eingehen. Vor 2 Jahren habe ich in einer Arbeit im *Westphal*'schen Archiv[1]), deren Inhalt ich wohl als bekannt voraussetzen darf, nachzuweisen mich bemüht: einestheils, dass die Haupt-Nahrungsverweigerer unter den Geisteskranken, die Melancholischen und die Hypochondrischen, an Störungen des Stoffwechsels und der Verdauung leiden, in Folge deren sie de facto

[1] Bd. XIV, H. 3 und Bd. XV, H. 1.

Digitized by Google

weniger Nahrungsstoffe gebrauchen und ein Mehr nicht vertragen, — und andererseits suchte ich nachzuweisen, dass die Carenz an sich für die Geisteskranken sowohl, wie auch für andere Leute, nicht solche gefährlichen Folgen hat, wie ihr nachgesagt worden ist, und dass selbst längere völlige Carenz innerhalb bestimmter Grenzen meist ohne nachhaltigen Schaden vertragen wird.

Auf diese letztere Seite der Frage will ich heute nicht weiter eingehen. Ich glaube, es ist Niemand, welcher anzweifelt, dass Geisteskranke und andere Leute, vorausgesetzt, dass ihre Kräfte sonst nach Möglichkeit geschont werden, eine Zeit lang (ohne Wasser bis zu 12 oder 14 Tagen, mit Wasser bis zu mehreren Wochen) existiren können, ohne dass sie Nahrung zu sich nehmen. Die Carenz allein verursacht innerhalb gewisser Grenzen keine Organerkrankungen; insbesondere ist es völlig ausser Zweifel gestellt, dass das Gehirn und die psychischen Functionen durch die Carenz nicht nachhaltig leiden. In den zahlreichen Fällen langdauernder Abstinenz, welche ich gesehen, habe ich niemals beobachtet, dass das Gehirn Schaden gelitten hätte. Nach dem auf anatomisch-physiologischem Wege, beim Thierexperiment, erhobenen Befunde, dass das Gehirn an seinem Gewicht bei der Carenz nur verschwindend wenig einbüsst (1 pro mille des Gesammtverlustes), ist ja auch nichts Anderes zu erwarten. Und wenn klinisch festgestellt wird, z. B. dass ein halbes Jahr nach der Genesung von einer schweren Psychose, in deren letzte Periode noch eine lange absolute Carenz fiel, der Betreffende eine geistige Kraftleistung wie das grosse juristische Staatsexamen vollbringt, so kann von einer durch die Inanition gesetzten Schädigung des Gehirns wohl nicht die Rede sein. Auch in andern, nicht geheilten Fällen, bei Paranoischen etc., zeigte sich nach der Hungerperiode — weder unmittelbar danach, noch später — eine besondere Störung der Hirnfunctionen, welche der Inanition zur Last zu legen war. Diese Thatsachen beweisen mehr als die zweifelhaften Befunde an den Ganglienzellen des Hirns von hungernden oder verhungerten Kaninchen, wie Trübung etc.

Bei dieser Categorie der Abstinirenden kann man also ruhig zuwarten, sie fangen bei einigermaassen geschickter Behandlung alle wieder an zu essen, das Gegentheil ist äusserst selten. Sterben lassen wir aber von ihnen an Inanition keinen, eher greifen wir zur Sonde. In einem solchen mir vorgekommenen und auch veröffentlichten Falle[1]) genügte eine einzige demonstrative Sondeneinführung; zu einer wiederholten oder gar dauernden Sondenfütterung lassen es diese Kranken wohl niemals kommen.

Ganz anders die Melancholischen, sie machen uns durch ihre hartnäckige Abstinenz viele Sorgen. Ihre Ernährungsverhältnisse aber müssen weitaus in den meisten Fällen ganz anders beurtheilt werden, sie sind durch die Krankheit verändert und stehen dauernd unter ganz abnormen Bedingungen.

[1]) Neurolog. Centralbl. 1884. No. 18.

Digitized by Google

Es ist ja allbekannt, dass ein depressiver Affect, dass Präcordialangst den Appetit lähmt und die Verdauung stört. Dauernd gedrückte Gemüthsstimmung ist niemals ohne Magenstörungen, sie stellt das Hauptcontingent für die nervöse Dyspepsie. Auch die Collegen von der innern Klinik schenken diesen nervösen Magenstörungen jetzt mehr Beachtung, ich erinnere Sie nur an den neuesten Vortrag von *Leyden*[1]) über die nervöse Dyspepsie. Ich hätte nur gewünscht, dass die leichten und leichtesten Psychoseformen, jene chronischen oder auch periodischen, mit Angstempfindungen, Magenbeschwerden und Obstipation einhergehenden leichten melancholischen und hypochondrischen Verstimmungen von den betr. Collegen mehr gewürdigt würden, sie sind in der That so häufig wie Bronchialkatarrh oder Schnupfen und füllen die Sprechzimmer der Aerzte und alle möglichen Curorte. Wie auch *Leyden* sagt, heilt man diese Magenbeschwerden (fälschlich Magenkatarrhe genannt) nicht durch Medicamente und Diätkünste, sondern durch Beseitigung der Krankheitsursachen: geistige Ruhe, psychische Umstimmung, Versetzung in andere, bessere Umgebung, Entfernung aus den Geschäften, den Sorgen, den Aufregungen, der Ueberbürdung; man heilt sie durch Zerstreuung, Erheiterung, Interesseerweckung, kurz durch geistige Diätetik. Gelingt diese psychische Umstimmung, so verschwinden die Magenbeschwerden von selbst.

In den höheren Graden der psychisch depressiven Verstimmung, in den schweren Formen der Melancholie, sind die Störungen der Appetenz und der Digestion so bedeutende, dass die Kranken fast alle dazu kommen, die Nahrung ganz oder theilweise, dauernd oder zeitweise zu verweigern. Bei Manchen ist es deutlich zu verfolgen, wie sie in den angstfreieren Zeiten willig Nahrung nehmen, während sie dieselbe sonst verweigern. Die Kranken haben nicht nur einen instinctiven Widerwillen gegen die Nahrung, sondern sie sind durch die Selbstbeobachtung belehrt, dass sich der Zustand nach Einführung von Nahrung verschlimmert. Ich habe mir von unzähligen Melancholischen sagen lassen, dass die Angst, die schreckliche Unruhe, das Brausen und die Benommenheit im Kopfe, die Nerven- und Blutgefässerregung, welche zeitweise ein Gefühl verursacht, als flöge der Körper oder als hätten sie Fieber, dass alle diese höchst quälenden Symptome durch die Nahrungsaufnahme auf's Unerträglichste gesteigert werden. Es ist ja bekannt, dass bei der Verdauung auch beim normalen Menschen sich eine sphygmographisch nachweisbare Veränderung in der Gefässinnervation einstellt. Bei Neurasthenikern wird diese Reaction sich verstärkt zeigen, noch stärker bei Geisteskranken mit präcordialen Sensationen und Angst, sie verschlimmert bei ihnen das subjective Befinden in hohem Maasse. Ein an intermittirender Präcordialangst leidender Officier in meiner Anstalt giebt stets an: „Wenn ich in diesem Zustand esse, so wird der Erwürgungsdruck

---

[1]) Klin. Berl. Wochenschr. 1885. No. 30 u. 31.

Digitized by Google

bei mir derart gesteigert, dass ich keine Luft mehr bekomme." — Noch einen anderen lehrreichen Fall will ich kurz erwähnen: Es ist eine Frau von 55 Jahren, welche seit dem Klimakterium an alle 4 Wochen wiederkehrenden Anfällen von Aufregung, Präcordialsensationen und deliriumartigen Zuständen leidet. Sie pflegt auf der Höhe des Anfalls etwa während 5 Tagen absolut zu abstiniren, geniesst also auch kein Wasser. Den folgenden 6. und 7. Tag trinkt sie viel Wasser und dann isst sie wieder Alles ganz regelmässig. Diese Anfälle gleichen sich untereinander ja sehr, doch zeigen sie nicht immer die sogenannte photographische Treue (welche auch bei andern periodischen Psychosen ziemlich oft vermisst wird), es kommen zuweilen kleine Abweichungen vor. So hatte die Kranke im Juni cr. in einem ihrer Anfälle entgegen ihrer Gewohnheit und wohl aus Versehen von den ihr hingesetzten Speisen genossen, aber sie vertrug Nichts und erbrach es sogleich wieder. Sie abstinirte nunmehr ihre gewöhnliche Zeit lang und nahm dann wieder Alles, ohne zu erbrechen. Dasselbe Vorkommniss hat sich kürzlich bei ihr noch einmal wiederholt. Solche Beispiele lassen sich nach Belieben vermehren.

Ich habe in meiner Arbeit dann weiter betont, dass der Stoffwechsel dieser Melancholischen retardirt und das Nahrungsbedürfniss ein vermindertes sei, und dass der Organismus in Folge dieser Störung in der Lage sei, mit weniger Nahrung als im normalen Leben auszukommen. Ich verkenne nicht, dass an exacten Beweisen für diese Lehre, welche *Beneke* u. A. aufgestellt, noch viel fehlt, besonders eine Serie ad hoc angestellter Stoffwechseluntersuchungen. Ich hoffe sehr, dass unsere jüngeren Collegen diese Arbeit vornehmen, dass sie Stoffwechseluntersuchungen bei abstinirenden und nicht abstinirenden Melancholischen ausführen und darüber berichten werden. Es wäre das in hohem Grade wünschenswerth und sicherlich von grosser Bedeutung auch für die Therapie. *Tuczek*'s hübsche Untersuchungen[1]) sind zwar auch von grossem Interesse, sie beweisen aber speciell für diese Frage nichts, da sie zwei Paranoische betreffen, und *T.* hat deshalb sehr Recht, wenn er am Schlusse seiner Arbeit sagt, „er hüte sich, die für die Ausscheidungen gefundenen niedrigen Ziffern im Sinne eines durch die Psychose als solche herabgedrückten Stoffwechsels zu deuten". Seine untersuchten beiden Fälle waren ja auch von ganz anderer klinischer Beschaffenheit, es bestand bei ihnen keine dauernd depressive Verstimmung, sondern im Gegentheil gehobenes Selbstgefühl, Grössenwahnvorstellungen etc.

Bis die wünschenswerthen Untersuchungen an Melancholischen uns sichere Zahlen an die Hand geben, müssen wir uns auf die Ergebnisse der klinischen Beobachtung des Befindens dieser Kranken verlassen. Und diese beweisen, dass die Kranken mit einem erheblich geringeren Kostquantum, als man normaliter annimmt, dauernd auskommen, dass sich das Körper-

[1]) Archiv für Psychiatrie. Bd. XV. H. 3.

Digitized by Google

gewicht constant erhalten kann bei einer Nahrungszufuhr, welche sogar bis auf die Hälfte und darunter der *Voit*'schen Kostration hinabgeht. Solche Fälle sind in meiner Arbeit beschrieben.

Gestatten Sie, dass ich hier noch auf ein paar Punkte zu sprechen komme, welche für die Lehre von der Inanition wichtig sind. Zunächst auf den Acetongehalt der Ausscheidungen der Abstinenten. Die Erfahrungen mehren sich, welche diesen Stoff bei aller Art von Inanitionszuständen des Körpers als charakteristisch gefunden haben. Dieses scharfe Reagens des Organismus kann nun auch einen Fingerzeig für die therapeutischen Maassnahmen geben. Denn wenn ein Kranker, welcher dauernd wenig Nahrung zu sich nimmt, niemals Aceton zeigt, und ein constantes Körpergewicht, so ist das ein Beweis, dass für seinen retardirten Stoffwechsel die wenige Nahrung genügend ist und dass er dabei bleiben kann ohne Schaden, während das Auftreten des Acetons uns mahnen muss, dass die Kostration unzureichend ist und dass der Organismus von seinen eigenen Stoffen zusetzt.

Einen anderen Umstand möchte ich noch erwähnen, das ist die Wasserzufuhr. Ich habe schon in meiner Arbeit darüber gesprochen, und möchte noch hinzufügen, dass die Einverleibung von viel Wasser in manchen Fällen den Kräftezustand augenblicklich zu heben im Stande ist. Fast alle diese Abstinirenden bekommen dabei auch zu wenig Wasser; in Folge der Wasserarmuth verringert sich natürlich auch das Blutquantum, und ebenso wie eine Salzwasserinfusion den verbluteten oder den durch die Cholera ausgetrockneten Organismus augenblicklich wieder kräftigen und den Puls wieder heben kann, so kann man auch bei Hungernden durch Wassereingiessung per anum oft eine momentane Kräftigung erzielen. Man kann das einfach unter der Firma „Clystier" machen, man lässt das Wasser im Darm, wo es begierig resorbirt wird. Mein Herr Referent wird Ihnen sicher auch das Lob der Ernährungsklystiere singen; ich stimme in dieses Lob mit ein. Wir haben jetzt in dem *Kemmerich*'schen überall käuflichen Fleischpepton ein vorzügliches Mittel für Eingiessungen per anum. Wir haben es bei einzelnen abstinirenden chronisch Melancholischen, mit dem nöthigen Kochsalz und etwas Alkohol versetzt, in dünner Lösung per Clysma einverleibt und davon stets eine beträchtliche Hebung des Pulses gesehen.

Dies Alles und die schon früher beschriebenen Maassnahmen: vorsichtiges Zuwarten, stete Controle des Befindens, Conserviren der Kräfte durch Bettruhe, genaue Beobachtung und Benützung der Eigenthümlichkeiten des einzelnen Kranken, stetes Naherücken und Erleichtern der Nahrungsaufnahme, machen fast für alle Fälle die gewaltsame Fütterung der widerstrebenden Kranken überflüssig. Sagt uns aber unser ärztliches Gewissen: dieser Kranke ist nur durch die gewaltsame Einführung der Sonde vom Tode zu retten, wohl, so werden wir sie anwenden. Aber diese Fälle sind enorm selten.

Digitized by Google

Dr. *Oebecke*-Endenich (Correferent): Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken.

Für die erfolgreiche Behandlung eines jeden Krankheitszustandes bildet die Cardinalfrage die Stellung einer richtigen Diagnose der zu Grunde liegenden pathologischen Störungen, und der bisherige Widerstreit der Meinungen über das erforderliche Curverfahren des uns heute beschäftigenden Symptomencomplexes rührt wohl nicht zum geringsten Theile daher, dass wir über das eigentlich ursächliche letzte Moment der uns manchmal bei unseren Kranken unwillkommenen länger dauernden Verweigerung von Speise und Trank im Unklaren sind. In dem Bestreben nach einer Erklärung und Orientirung über die in Betracht kommenden Verhältnisse haben die mit dieser Materie sich beschäftigenden Aerzte die Nahrungsverweigerung in eine instinctive oder psychisch motivirte geschieden, sie bald als Symptom, bald als Complication der Psychose bezeichnet. Instinctiv sollte sie bei Melancholischen und Blödsinnigen aus Passivität oder aus Widerstreben gegen jede Anregung gleichsam aus phantastischem Oppositionsgeiste, psychisch begründet dagegen aus Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen entstehen, meist in der Melancholie und Verrücktheit. Als Complication galt sie bei Störungen des Verdauungskanals, Mund-, Rachen-, Darmkatarrh, Parotitis, Magencarcinom, während als eine directe Ursache für ihre Entstehung Schlingbeschwerden, Coordinationsstörungen und Paresen der Schlingmuskeln bei acuter und chronischer Paralyse, bei Erweiterung der Gefässe in Pons und Medulla oblongata, bei atrophischen und sklerotischen Processen der betheiligten Hirnnerven oder bei sogen. Delirium acutum gedeutet wurden, indem man bei letzterem einen Reflexkrampf in den Schlingmuskeln supponirte nach Analogie bei der Lyssa, gestützt auf den ähnlichen centralen pathologisch-anatomischen Befund bei beiden Erkrankungsformen. Einzelne glaubten selbst in einer angeblich mehrfach post mortem gefundenen Knickung des Colon transversum die eigentliche und directe Ursache des Leidens entdeckt zu haben, während andererseits verminderter Säurebildung, gestörter Assimilationskraft, einer Functionsunfähigkeit des Magens mit chronischer Enteritis die Schuld beigemessen wurde. Ein Theil der angeführten Factoren gehört streng genommen nicht hierhin, denn bei Lähmungen oder Krämpfen in den Schlingmuskeln werden auch geistesgesunde Menschen sich ablehnend gegen Nahrungsaufnahme verhalten, während andere angeführte Krankheitsprocesse vielfach selbst in höheren Graden beobachtet werden, ohne dass sich Nahrungsverweigerung hinzugesellt. Jene können also nicht die eigentliche Ursache dieser sein. In dieser Erkenntniss versuchte man durch Untersuchung der Ausscheidungen, namentlich des Urins Abstinirender die Abweichungen von der Norm hierin festzustellen, und dadurch zu einem Schlusse über die dieselben bedingenden krankhaften Vorgänge im Körper zu gelangen. Die in der Natur der Krankheit liegenden schwierigen Untersuchungen lehrten eine Abnahme der Phosphorsäure, der Schwefelsäure, des Harnstoffes und der Chloride, der Menge des Harns mit zeit-

Digitized by Google

weiliger Erhöhung des specifischen Gewichtes desselben, Auftreten von Aceton in demselben kennen, wie auch einzelne Male bei Thieren, wie beim Menschen während längeren Hungerns Icterus beobachtet wurde und fast regelmässig als weiterer Ausdruck des verlangsamten Stoffwechsels eine Verminderung der Eigenwärme. Hieran schliessen sich dann die Untersuchungen des Centralnervensystems bei verhungerten Thieren, welche als sehr bemerkenswerthes Resultat ergaben, dass dieses fast die geringsten Aenderungen zeigte; es verliert im Gegensatz zu den meisten übrigen Organen kaum oder nicht an Gewicht, wenigstens nach *Chossat* bei Tauben, nach *Bibra* bei Kaninchen und nach *Voit* bei Katzen (während allerdings *Bidder* und *Schmidt* dies nicht in gleichem Maasse fanden). Es könnte dies vielleicht eine analoge Erklärung darin finden, dass nach *Aeby* der Wassergehalt des Gehirns schlafender (und also hungernder) Murmelthiere unverändert bleibt, während der der Muskeln und des Blutes abnimmt. *Voit* meint selbst, dass ein Theil des während der Abstinenz verflüssigten Eiweisses anderer Organe zur Ernährung der meist thätigen Organe, namentlich des Centralnervensystems, während des Hungerns verwandt werde, wie ähnliche Gedanken bereits *Vierordt* und *Hermann* ausgesprochen hätten. So viel bekannt, berichteten zuerst zwei junge russische Aerzte vor ein paar Jahren und kürzlich ein dritter über degenerative Vorgänge im Rückenmarke bei verhungerten Hunden und Kaninchen, während dies für andere Organe bereits früher nachgewiesen worden, und *Rosenbach* erweitert die obigen histologischen Befunde durch die Angabe pathologischer Veränderungen an den Nervenzellen des Grosshirns, Kleinhirns, Rückenmarks, der Spinal- und Sympathicusganglien und chemischer Veränderungen des Protoplasmas bei diesen verhungerten Thieren, während die Nervenfasern, das Bindegewebe, die Marksubstanz des Gehirns und die weisse Substanz des Rückenmarks nichts Abnormes aufweise. Dagegen erwies sich die elektrische (faradische) Erregbarkeit der Rindencentren quantitativ herabgesetzt und qualitativ verändert. An dieser Stelle scheint es richtig und mir von Wichtigkeit darauf hinzuweisen, dass *Jürgens* nach schwereren gastrischen Störungen, für die eine palpable Ursache an den Verdauungsorganen intra vitam nicht nachgewiesen war, post mortem eine totale Degeneration der *Meissner*'schen und *Auerbach*'schen Plexus fand, während er in einem anderen Falle mit mehr sensiblen Störungen mikroskopisch eine Degeneration der Muscularis mucosae des Magens und Darmes, der Venenmusculatur, der sensiblen Nerven und des *Meissner*'schen Plexus, sowie Varicenbildung in der Darmwand constatirte, wie auch in zwei Fällen entschiedener Dyspepsie, in welcher *Kussmaul* eine bestimmte Diagnose des zu Grunde liegenden Leidens nicht stellen konnte, atrophische und stark nutritive Veränderungen der beiden Plexus des Magens und Darmes gefunden wurden. Es enthalten solche Ergebnisse, abgesehen von den lediglich cerebral bedingten Fällen, lebhafte Hinweise für das Auffinden der eigentlichen Ursachen bei einem Theile unserer consequenten Nahrungsverweigerer, wenn wir das fast immer gleiche Gesammtkrankheitsbild, die so sehr charakte-

Digitized by Google

ristischen, fast typischen Erscheinungen, die nur eine einheitliche Deutung zuzulassen scheinen, die fast stereotypen Angaben derselben in Betracht ziehen, dass z. B. ihr Leib trotz bewussten langen Fastens, dem Augenschein zuwider, da er kahnförmig eingesunken ist, ganz voll, ganz zu sei, Nichts mehr in ihn hineingehe, während die Organe bei sorgfältigster Untersuchung gesund erscheinen. Am Schlusse dieses Abschnittes will ich nicht die Entdeckung des Hungercentrums im Hinterhauptslappen unerwähnt lassen, die einer der bekanntesten Hirn-Experimentatoren s. Z. proclamirte. Affen frassen nämlich nach Abtragung beider Hinterhauptslappen nicht; diese Theile mussten daher das Hungercentrum enthalten. Als aber ein Affe, der nicht zu Grunde gegangen war, nach dem 5. Tage wieder frass, erklärte der Experimentator, dass derselbe ohne Hungergefühl esse. Seit dem ist von dem Hungercentrum nirgendwo mehr die Rede.

Aus dieser kurzen Zusammenstellung der hauptsächlichsten Ergebnisse derjenigen Untersuchungen, welche auf eine Erkenntniss der Grundursachen des uns beschäftigenden Symptomencomplexes gerichtet waren, werden Sie entnehmen, dass diese für die grösste Mehrheit der Fälle, und zwar gerade für die schwierigsten, noch nicht klar gestellt sind und dass wir uns daher für unsere ärztlichen Maassnahmen mit einer symptomatischen Behandlung bescheiden müssen. Das bestimmende Moment für diese findet von jeher seinen Schwerpunkt in der Frage nach der möglichst grössten Sicherheit der Lebenserhaltung des betroffenen Patienten. Zunächst sind die Aerzte darüber wohl einig, dass ein ruhiges Verhalten mit geringstem Kräfteverbrauch von grösster Wichtigkeit ist. Wenn irgend thunlich, hält man daher alle Nahrungsverweigerer im Bette. Entsprechend den Anschauungen der Zeiten finden wir schon früh bei dauernder Opposition gegen jede Nahrungsaufnahme die gewaltsame und instrumentelle Beibringung der Nahrung verzeichnet, und zwar geschah dies theils lediglich zur Erhaltung des bedrohten Lebens, theils als Heilmittel, um den Starrsinn, auf welchen die ganze Erscheinung zurückgeführt wurde, zu brechen und so die krankhafte Willensrichtung wieder in die richtigen Bahnen zu lenken. Von dieser letzteren Indication für den Gebrauch der Sonde ist man heute wohl gänzlich abgekommen, zumal in manchen Fällen durch die Anwendung der Gewalt der Starrsinn anstatt überwunden nur gestärkt wird, und man zieht die Sonde wohl lediglich in Anwendung, um dem Marasmus vorzubeugen, und als ultimo ratio bei Lebensgefahr aus Nahrungsmangel, wie man denn auch gelehrt hat, dieselbe nur in bestimmten Krankheitszuständen zu benutzen, während bei Nahrungsverweigerung in anderen man derselben entrathen könne. Zu den ersteren werden von den verschiedenen Autoren cerebrale Betäubungszustände, psychisch begründete Nahrungsverweigerung, die Melancholie, Selbstmordsucht und Lähmungen gerechnet, während die Abstinenz bei Verrückten von keiner Bedeutung sein solle und am Besten durch Ignoriren behandelt werde. Einzelne Kranke jedoch, die durch das Essen Sünde zu begehen vermeinen, essen wieder nach ein- oder mehrmaliger Fütterung, weil sie der Gewa'

Digitized by Google

weichend keine Sünde zu begehen erklären, während sie ohne Fütterung mit Todesverachtung an der Nahrungsverweigerung festhalten, ähnlich denen, bei welchen dieselbe der Ausdruck des Selbstmordtriebes ist. Je mehr nun im Laufe der Zeit eine richtigere Auffassung von dem Wesen der Psychosen im Allgemeinen mit fortschreitend milderer Behandlung derselben sich Bahn brach, um so mehr sann man auch speciell darauf, auf welche Weise man die gewaltsame Fütterung mit der Sonde entbehrlich machen könne, zumal doch auch in anderen Krankheiten mit wochenlang anhaltender Abstinenz, z. B. beim Typhus Niemand an eine erzwungene Nahrungszufuhr denke. (In den letzten Jahren hat man dagegen die Sonde bei Phthisis, chronischem Erbrechen und Anorexie zu Hülfe genommen.) Es lag dazu eine besondere Aufforderung in der dem Füttern selbst vorhergehenden unerquicklichen Procedur, um den Kranken genügend zu „fixiren", seinen Mund instrumentell aufzubrechen, welche, wie die Ihnen bekannten zum Theil drastischen Schilderungen darstellen, manchmal in einen Kampf des sich unter Aufbietung seiner ganzen Kraft zur Wehr setzenden, in höchster Erregung befindlichen Kranken mit den Wärtern ausartete, so dass trotzdem die beabsichtigte Einführung der Sonde mitunter unmöglich wurde, oder wobei dann allerdings dem Kranken durch die gewaltige Anstrengung eine grössere Kräfteausgabe erwuchs, als die eingeflösste Nährflüssigkeit zu ersetzen vermochte, und wodurch der Kranke anstatt nachgiebiger nur widerspänstiger wurde. Dazu kam, dass in einzelnen solcher hartnäckigen Fälle der Erfolg aller Mühe illusorisch wurde, indem hinterher durch starkes Würgen oder künstlich hervorgerufenes Erbrechen ein Theil oder die ganze Portion der eingegossenen Flüssigkeit wieder entleert wurde. Ausserdem wurde der gewaltsam sich sträubende Kranke mitunter durch die früheren steifen und harten Sonden verletzt, so dass die Fütterung ausgesetzt werden musste, ja es soll in England einmal hierbei einem Patienten mit der Schlundsonde Speiseröhre und Aorta durchbohrt worden sein. Abgesehen von solchen ungeheuerlichen Vorkommnissen, deren Werth oder Unwerth nach der einfachen, wenn auch glaubwürdigen Erzählung sich nicht beurtheilen lässt, kann aber die Sonde in den Kehlkopf gerathen und es ist ja vorgekommen, wie mir selbst mündlich ein anerkannter Specialcollege von sich erzählt hat, dass die für den Magen bestimmte Milch in die Bronchien gegossen wird und der Kranke stirbt. Andere sahen Schluckpneumonien mit nachfolgendem Lungenbrand in Folge der künstlichen Fütterung durch kleine in die Luftwege gerathene Partikelchen des Speisebreies entstehen, so dass bei allen diesen misslichen Eventualitäten das Entstehen einer Opposition gegen die Sondenfütterung, schon wegen ihrer Gefährlichkeit, nicht Wunder nehmen kann, zumal auch bei ihrer consequenten Durchführung ein gewisser Bruchtheil der Patienten vom Tode nicht zu erretten ist, selbst wenn man von dem Umstande absieht, dass früher manchmal die Zusammensetzung der Nahrung eine unzweckmässige und ungenügende gewesen sein mag. Es wurde auch die Befürchtung ausgesprochen, dass bei der Sondenfütterung

Digitized by Google

Aerzte und Wartpersonal sich beruhigen und weitere Maassnahmen unversucht bleiben möchten, und dass die Sondenfütterung, einmal begonnen, vielfach unabsehbar lange fortgesetzt werde müsse. Der letzte Vorwurf bleibt auch dann noch begründet, wie eine Reihe ausführlich beschriebener Fälle beweist, wenn ich die Fälle abziehe, wo der Kranke sich jedesmal beim Erscheinen des Arztes ruhig hinsetzt und das Rohr willig, fast mit Wohlgefallen, einführen lässt. Ich selbst habe einen Kranken behandelt, bei dem wir uns nach Erschöpfung aller möglichen anderen Versuche, als sichtliche Lebensgefahr aus Inanition eintrat, zur Sondenfütterung schliesslich entschlossen, und den wir dann $3^1/_2$ Jahre lang mit der Sonde, und zwar nicht ein einziges Mal willig, sondern stets nur bis zu einem gewissen Grade widerstrebend füttern mussten. Wiederholt haben wir es versucht, ihn nicht zu füttern, allein jedesmal zwang uns die rasche und erhebliche Abnahme der Ernährung und der sichtlich grosse Verfall der Kräfte nach einigen Tagen wieder zur Sonde zu greifen, bis der Patient nach $3^1/_2$ Jahren plötzlich aus eigenem Antriebe zu essen begann und dann zuerst unregelmässig und nur bestimmte Speisen, später regelmässig, aber mehrere Monate lang kein Fleisch ass. Hoffen wir, dass es der Aerzte, welche, wenn sie einmal zur Sondenfütterung übergegangen, weiter Nichts mehr für den Kranken thun, keine mehr geben wird. Die Kranken, welche bei der Sondenfütterung sterben, erliegen entweder dem eigentlichen Krankheitsprocesse, von welchem die Nahrungsverweigerung ein Symptom war, oder weil dem Darmkanal und seinen Adnexen die Fähigkeit zur Resorption und Assimilation, vielleicht nur wegen ungenügender oder aufgehobener Innervation, verloren gegangen ist und das dargebotene Nährmaterial daher nicht mehr verwerthet wird. Das Hineingelangen des Rohres in die Stimmritze und den Kehlkopf kommt gewiss mitunter auch dem vorsichtigsten und geübtesten Arzte vor, aber dass er dies durch die dadurch entstehenden Erscheinungen nicht wahrnehmen und die Sonde sofort zurückziehen soll, ist doch wohl nur bei ganz absonderlichen Krankheits- oder ungewöhnlichen anatomischen Verhältnissen denkbar, namentlich, wenn er zuerst eine geringe Wassermenge zur Probe eingiesst. Schluckpneumonien und Verletzungen dürfen bei richtigen und vorsichtigen Manipulationen kaum vorkommen, erstere höchstens beim Erbrechen unglücklicher Weise hervorgerufen werden. Die letzteren sind ja auch heute bei den weichen, ganz biegsamen englischen (aus Kautschuck oder Seide verfertigten) Rohren kaum zu befürchten im Vergleich mit den früheren harten und mehr oder weniger steifen Sonden. Bei der jetzt fast ausschliesslich durch die Nase geübten Einführung des Instrumentes — welche zuerst bereits *Fabricius* ab Aquapendente vor 300 Jahren, später besonders *Dessault* und *Marshall Hall* empfahlen und von *Wutzer* selbst als die Regel verlangt wurde, während das Sondiren vom Munde aus die Ausnahme bilden müsse, — fällt das schwierige Erbrechen des Mundes, das lästige Niederdrücken der Zunge, die Reizung der Nervenendigungen in der Schleimhaut der Zungenwurzel und des Gaumensegels, welche zum Theil

Digitized by Google

das Ekelgefühl mit Brechneigung hervorrufen soll, und die Möglichkeit die Sonde eventuell durchzubeissen, fort und bei den Kranken, welche andauernd mit Gewalt unter grosser Kräfteausgabe und übermässiger Erregung Widerstand leisten, wirkt das Erzwingen nachtheilig und soll man nach meiner Meinung von der Fütterung abstehen; ebenso natürlich bei solchen, welche hinterher erfolgreiches Würgen und Erbrechen künstlich hervorrufen. Am zweckmässigsten füttert man nach meinen Erfahrungen ohne grossen Apparat, ohne Zwangsstuhl und ohne Zwangsjacke etc. die Kranken in der Bettlage mit erhöhtem und mässig nach hinten übergebogenem Kopfe. Um die Kniee schlingt man eine der Länge nach 3—4 mal zusammen gefaltete wollene Bettdecke (oder ein Betttuch), auf deren der Matratze aufliegenden beiden Enden sich je ein Wärter setzt, um die Beine in horizontaler Lage zu erhalten. Dieselben 2 Wärter halten die durch eine übergelegte Decke geschützten Hände und Arme (um Druckmerkmale zu vermeiden), während ein dritter hinter dem Kopfende des Bettes her den Kopf des Kranken zwischen seine mit einem Tuch belegten Hände fasst. Von alle den mehr oder wenig sinnreich construirten Apparaten, worin namentlich unsere westlichen Nachbarn sich hervorgethan haben, bedarf es nur der weichen Schlundsonde, in deren offenes Ende ein Glas- oder Metalltrichter einige Centimeter tief eingeschoben ist. Als tägliches Nährmaterial benutzen wir in 2 oder 3 Portionen vertheilt folgende Substanzen: $^1/_2$ Liter Wasser mit 2,0 Kochsalz, 2 Liter Milch, 1 Liter Bouillon, 1—2 Esslöffel Leguminose, $^1/_2$ Fl. Ahrwein, 6 Esslöffel Portwein, 6 Esslöffel Ol. jecor., 8—12 Eidotter, 500 g feingeschabtes Fleisch, Tinct. ferr. acet. Rad. 60 gtts. und Acid. muriat. 10 gtts. Das Fleisch muss sehr feingeschabt sein, damit es durch das Rohr ohne Stockung hindurchfliesst. In Frankreich geniesst das sogen. Fleischpulver eine ausgedehnte Anwendung. Ob die Nährflüssigkeit besser kalt oder gelinde erwärmt vertragen wird, ist bei den Kranken verschieden; bei manchen mit Neigung zu Erbrechen ist die Kälte zweckmässiger. Nach den bekannten von *Beneke*, *Ranke* und *Voit* ermittelten, untereinander aber nicht ganz übereinstimmende Zahlen für den täglichen Verbrauch gesunder Männer an Eiweiss, Fett und Kohlenhydraten müsste diese Nahrung einen erheblichen Ueberschuss enthalten haben, allein ich erlebte, dass ein in dieser Weise $4^1/_2$ Monat ernährter Patient in 3 Monaten (den letzten halben Monat vor der Sondenfütterung einbegriffen) trotz ruhiger Bettlage ohne jeden Zwischenfall bei mässiger Harn- und seltener Stuhlentleerung noch (27 Pfd.) $13^1/_2$ kg abnahm — und zwar im ersten Monat, wo die Agitation grösser war 16, im zweiten 5 und im dritten 6 Pfd. — und dann unter völlig gleichen Verhältnissen, bei derselben Quantität und Qualität der Nahrung erst in einem Monat um 2 Pfd. und im letzten Monate der Fütterung wieder nicht an Gewicht zu- aber auch nicht abnahm, im ersten Monate des Wiederbeginns des wenn auch noch unregelmässigen Essens aber 9 Pfd. gewann. Man möchte demnach annehmen, dass nach längerem Hungern zuerst eine Besserung der Qualität der Ernährung, etwa durch starke Aufnahme

Digitized by Google

von Eiweiss in die Gewebe unter Abgabe von Wasser erfolge, ehe eine Zunahme in der Quantität sich geltend machen kann. Dieser zuletzt erwähnte Fall, wie einige ähnliche, in welchen die Erhaltung des Lebens durch die grosse Abmagerung, Ermattung und die auf's Aeusserste gesunkenen Kräfte bereits fraglich geworden war, haben mich zu der Ueberzeugung gebracht, dass in einzelnen Fällen die Fütterung mit der Sonde als letztes und einzigstes Mittel für die Erhaltung des Lebens angesehen werden darf. — Aus obiger, ich hoffe sagen zu dürfen, objectiver Prüfung geht zur Genüge hervor, dass die Sonde kein souveränes und nicht immer das beste Mittel zur Bekämpfung dieser Zustände ist, und ein wie weites Feld für das Anwenden anderer Wege und Methoden, welche bei hartnäckiger Nahrungsverweigerung das Leben zu erhalten geeignet sind, noch offen steht.

Zunächst nun bediente man sich zur Erreichung dieses Zweckes ernährender Clystiere. *Guislain* will mit solchen von einfacher Fleischbrühe, Andere von Milch und Eiern gute Resultate erzielt haben, allein nach unserer heutigen Kenntniss von der Verdauung und der Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut des Mastdarmes darf man der Vermuthung berechtigten Raum geben, dass dieselben vorwiegend durch ihren Wassergehalt und die Aufsaugung desselben wohlthätig gewirkt und die Ertragung der Abstinenz dem Körper länger möglich gemacht haben. Günstiger gestaltete sich diese Möglichkeit, als *Richarz* zuerst auf den Gedanken kam, Pepton im Clysma zu verwenden, und Prof. *Landolt* in Bonn in dem peptonisirten *Liebig*'schen kalt bereiteten flüssigen Fleischextract uns ein zweckentsprechendes Präparat empfehlen konnte, welches wir nun seit dem Jahre 1861 häufig angewendet haben und, wie mir von mehreren Collegen mitgetheilt worden, auch von ihnen in manchen Fällen längerer Nahrungsverweigerung mit Nutzen verwerthet worden ist. Später stellten *Voit* und *Bauer* fest, dass ausser Peptonen, deren alleinige ausschliessliche Verwerthung im Darm bereits *Brücke* gegen *Mulder* und *Meissner* bekämpft hatte, auch die Albuminate des ausgepressten Fleischsaftes und nach *Eichhorst* ausserdem die Eiweisstoffe der Milch, Leimlösungen und noch ein Paar andere Stoffe von der Mastdarmschleimhaut aufgesogen würden. Nur müssen die Peptone, um eine Reizung der Mastdarmschleimhaut mit häufigen Entleerungen zu vermeiden, nicht zu concentrirt sein. Wie lange unter dieser ausschliesslichen Behandlung das Leben des Menschen wird erhalten werden können, lässt sich bis jetzt nicht angeben, denn der grosse Vortheil, der durch sie bisher erzielt wurde, liegt eben darin, dass die Ernährung nicht so rasch und intensiv sinkt, und dass vielleicht dadurch die Kranken früher wieder Nahrung zu nehmen beginnen. Das Maximum, was ich erlebte, war bisher 21 Tage, d. h. 14 Tage absolute Carenz, dann 7 Tage lang nur Wassergenuss, vom 22. Tage wieder Nahrungsaufnahme. Von einer ziemlich grossen Anzahl von so behandelten Nahrungsverweigerern ist mir noch keiner gestorben, aber leider kann man nicht alle so behandeln, denn sie müssen zum Clystieren willig sich bereit finden lassen, da gegen seinen Willen oder mit Zwang man Niemanden, am

Digitized by Google

allerwenigsten längere Zeit, klystieren lassen kann, schon wegen der Gefahr der Verletzung, und weil ein Abdrücken der injicirten Flüssigkeit ja gar nicht zu verhüten ist, wodurch der ganze Effect illusorisch würde. Ein plausibler Grund für die Verwendung der Injectionen findet sich wohl in der meist bestehenden allerdings erwünschten Trägheit der Stuhlentleerungen. Das Quantum muss ein geringes sein, damit es möglichst wenig reizt und nicht reflectorisch das Gefühl der Nothwendigkeit der Darmentleerung hervorruft. Die Klystiere bringen also den Vortheil eines weniger raschen und weniger starken Kräfteverfalls, eines Zeitgewinnes eventuell bis zum Ablauf der eigentlich zu Grunde liegenden Störung, dem entsprechend — durch Hintanhaltung des Sinkens der Eigenwärme, der Todesursache bei Nahrungsmangel — einer längeren Lebenserhaltung, einer früheren Rückkehr zu freiwilliger Nahrungsaufnahme und der Vermeidung jeglichen Zwanges.

Die Vorschrift zur Bereitung des zu den Klystieren zu verwendenden Peptons (flüssiges kalt bereitetes *Liebig*'sches Fleischextract, welches alle löslichen Fleischbestandtheile ausser der unverdaulichen Fleischfaser enthält) ist folgende: $^1/_4$ Pfd. (125,0) fett- und sehnenfreies Rindfleisch, klein geschnitten mit 8 Unzen (240,0) destillirten Wassers, 2 Tropfen Salzsäure und $^1/_2$ Drachme (2,0) Kochsalz eine Stunde macerirt, dann durchgeseiet, wiederum mit 4 Unzen (120,0) destillirten Wassers übergossen und nach einer Stunde durchgeseiet. Beiden Flüssigkeiten gemischt füge hinzu 2 Gran (0,12) lösliches Pepsin und 10 Tropfen Salzsäure und digerire 6 Stunden lang bei einer Temperatur von 30—32° R., wo dann 8 Unzen (240,0) übrig bleiben. — Hiervon werden abwechselnd mit Portwein, in 24 Stunden je 3 Klystiere zu 4—8 Esslöffel 3stündlich gegeben und in der Nacht eine Pause von 6 Stunden frei gelassen. Es dürfte sich aber auch des Versuches lohnen, grössere Mengen geeigneter Nährflüssigkeiten durch ein elastisches längeres Rohr mittelst des Irrigators möglichst hoch in den Darm einzuführen.

Dass diese Methode, wenn ich sie so nennen darf, bis jetzt keine weite Verbreitung unter den Irrenärzten gefunden hat, die sie meinen Erfahrungen nach wohl verdient, mag an der umständlichen Darstellung des verwendeten und häufig frisch zu bereitenden Peptons liegen: eine Schwierigkeit, welche jetzt bei den Fortschritten in der Bereitung dieser Präparate leicht zu überwinden sein wird, wie ja kürzlich *Emil Pfeiffer* in Wiesbaden nach Versuchen an sich das *Kemmerich*'sche Fleischpepton für eine Ernährung per Klysma warm empfiehlt. Die in der ärztlichen Praxis gern verwertheten und rationellen *Leube*'schen Pancreasklystiere dürften sich bei unseren empfindlichen und leicht ungeduldigen Patienten ihrer grösseren Masse und ihres nothwendig langen Verweilens wegen im Rectum nur ausnahmsweise eignen. *Schott* rühmt in schwierigen Fällen von chronischen Herzkrankheiten bei darniederliegender Magenverdauung die erfolgreiche Klystierernährung. Emulsionen von Süssmandelöl oder Butter mit Eidotter, Fleischsolution und Pankreatin wurden bis in die Gegend des S. romanum mehrmals im Tage eingeführt und meist vortrefflich aufgesogen. *Voit* und *Bauer*

Digitized by Google

sind der Meinung, dass es überhaupt nicht möglich sei, auf die Dauer einen Menschen auf diesem Wege vollständig zu ernähren, da nicht mehr als etwa der vierte Theil der zur Erhaltung nöthigen Nahrungsstoffe nach *Bauer*'s aproximativer Schätzung mit Hülfe ernährender Klystiere beizubringen sei. Ob dies so ganz zutreffend, lässt sich schwer beweisen. *Bauer* stützt sich für seine Angabe darauf, dass bei den Nährklystieren der Bedarf des Organismus an stickstofflosen Nahrungsstoffen zum grossen Theil ungedeckt bleibe, welchem Einwand jedoch durch eine zweckentsprechende Aenderung des verwendeten Materials sich wohl begegnen liesse, da er selbst mit *Voit* fand, dass im Rectum Stärke in Zucker umgewandelt und in nicht unerheblicher Menge aufgesaugt werde, wie *Czerny* und *Latschenberger* ein Gleiches von Fett in Emulsion bei Thierversuchen und einem Kranken mit Anus praeternaturalis constatirten. Ausserdem erklärt *Bauer* selbst den Wein als das für Clysmata geeignetste Belebungsmittel, weil er keine Reizung der Mastdarmschleimhaut hervorrufe. Es gehört hierhin noch die von Amerika aus angeregte Einspritzung defibrinirten Blutes in's Rectum, der Vorschlag *Krueg*'s, die Abstinenz mittels subcutaner Injectionen von Zuckerlösung und Olivenöl, der *Stricker*'s und *Oser*'s mit solchen von Pepton zu behandeln, der Versuch *Wittaker*'s Milch, Fleischsaft, Leberthran, der von *Menzel* und *Perco* Oel, Milch, Eigelb, der von *Pick* ausserdem defibrinirtes Blut subcutan zu injiciren, wie ich auch auf die von *Catani* und *Samuel* bei Cholera vorgeschlagene subcutane Infusion von alkalischer Kochsalzlösung — die sogen. Hypodermoklysis — an dieser Stelle hinweisen will. — Hier sei noch des Versuches gedacht, die Oeffnung des Mundes und hinterher Schluckbewegungen durch die Anwendung des faradischen Stromes zu erzielen.

Vielleicht nicht ohne die von uns Aerzten in Endenich im Jahre 1861 zuerst ausgegangene Opposition gegen den damaligen noch allgemeinen, fast gewohnheitsmässigen Gebrauch der Sonde bei Nahrungsverweigerung, an deren Stelle wir eine zweckmässige Ernährung vom Rectum aus mittelst Pepton- und Weinklystieren zu setzen uns bestrebten, und gestützt auf die Erfahrung, dass mitunter Menschen in Krankheiten überhaupt, einzelne gesunde Menschen und verschiedene Versuchsthiere eine ungewöhnliche, ja erstaunlich lange Zeit die Entziehung von Speise und Trank, namentlich von ersterer allein, zu ertragen im Stande seien, hat man neuerdings geglaubt, in dieser Richtung noch einen grossen Schritt weitergehen und sich jeden activen Eingreifens bei der Nahrungsverweigerung enthalten zu sollen. Ueber diese Materie bieten aus den letzten Jahren ein Aufsatz von *Eickholt* in der Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 37, die Verhandlungen der Société med.-psychol. in Paris aus 1874, 1880 und 1881, die ausführliche und reichhaltige Arbeit von *Siemens* (Archiv für Psychiatrie, Bd. 14 und 15) und neben *Richarz*'s meine Arbeiten (Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 27 und 41) so ziemlich alles Wissenswerthe, auch in geschichtlicher und literarischer Beziehung. Einzelne Autoren sind enthusiastische Verurtheiler jedes specifisch ärztlichen Vorgehens in diesen Zuständen. Man rechnet einestheils

Digitized by Google

eine lang dauernde absolute Carenz zu den seltensten Vorkommnissen, Geisteskranke sollen das Fasten länger vertragen, als Geistesgesunde, weil ihr Stoffwechsel durch das Alles dominirende Centralnervensystem der Carenz angepasst ist, oder man meint, dass die geduldigen Versuche eines guten Wärters die Nahrungsverweigerung überwinden und weitere Maassregeln überflüssig machen werden. Man lebt der Hoffnung, dass durch stetiges Hinweisen auf die Nahrung, durch Umherstellen von Lieblingsgerichten und Leckerbissen, die die Kranken auch heimlich nehmen können, durch feine oder derbe Kost, durch Einladung zur Theilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten, durch das Essen-Sehen Anderer und durch ähnliche Verführungskünste, die *Siemens* recht anschaulich schildert, die Kranken wieder zum Essen gebracht werden. Für die Ausdehnung solchen Abwartens lässt man sich von den Angaben einzelner Experimentatoren leiten, wonach der Tod bei vollkommen hungernden Thieren nach dem einen erst nach 48 pCt. Verlust des Körpergewichts, nach den anderen im Mittel bei etwa 40 pCt. des ursprünglichen Gewichts erfolgen soll. Eine Reihe älterer Beobachtungen an Menschen findet sich in *Tiedemann's* Physiologie des Menschen zusammengestellt, wonach eine Frau 50, ein schwermüthiger junger Mann 54 Tage bei reichlichem Wassergenuss ohne jede Speise, eine Schottin selbst 78 Tage nur von Wasser und Limonensaft lebte, abgesehen von anderen, offenbar unrichtigen oder betrügerischen Berichten. Die indischen Fakirs sollen 6 Wochen und mehr fasten. Nach *Haller* erliegen erwachsene normale Menschen dem Hunger je nach ihrer Körperbeschaffenheit nach 8—28 Tagen, Melancholiker selbst erst nach 42; nach anderen Autoren trat in einzelnen Fällen der Hungertod nach 28, 35, 40 oder gar erst nach 62 Tagen ein, nach *Falck* soll dies der Fall sein beim gesunden erwachsenen Menschen nach 8—14—21 Tagen ohne Speise und Trank, bei Aufnahme von nur Wasser oder anderen Flüssigkeiten nach 60—63 Tagen. Auch das 40tägige nicht absolute Fasten des bekannten Dr. *Tanner* und das Nicht-Fressen der Thiere mit Winterschlaf hat man nach *Falret* für die Rechtfertigung eines gänzlich zuwartenden ärztlichen Verhaltens auch den hartnäckigsten Nahrungsverweigerern gegenüber verwerthen zu können geglaubt, so dass man es nicht für bedenklich erklärte, wenn die Nahrungsverweigerung ohne Wassergenuss nicht über 14 Tage und nicht über 50 Tage mit Wassergenuss dauert und so lange nicht über 40 pCt. des Körpergewichts verloren sind. Das Maximum von Gewichtsverlust bei Nahrungsverweigegerung mit Lebenserhaltung, was ich constatiren konnte, betrug 32 pCt. bei einem starken, fetten, früher 200 Pfd. wiegenden 58jährigen Manne. Diese Lehre hat für uns Irrenärzte so viel Beruhigendes, ich darf wohl sagen Verlockendes, dass wir ihr gern zustimmen werden, wenn die feststehenden Beobachtungen und Thatsachen sie bewahrheiten. Ueber die Richtigkeit der angegebenen Vorkommnisse, über die lange Dauer des Hungerns lässt sich bei manchen derselben kein Zweifel erheben, indessen ist zu einer sachgemässen Beurtheilung daran festzuhalten, dass es sich dabei nur

Digitized by Google

um vereinzelte, ungewöhnliche Beobachtungen handelt, aus denen man nicht sofort allgemein gültige Schlüsse ziehen darf, und noch viel mehr gilt dies bei der Uebertragung solcher Resultate auf den Menschen von Thierexperimenten, die *Chossat* nicht einmal nur an Säugethieren, sondern auch an Vögeln, Amphibien und Fischen mit ihrem ganz anders gearteten Stoffwechsel anstellte, und bei denen der Tod eintrat bei einem Verluste zwischen 20 und 50 pCt. ihres ursprünglichen Körpergewichtes, so dass die früher angeführte Mittelzahl von 40 pCt., wenn sie bei Nahrungsverweigerung in eine maassgebende Berechnung gezogen werden soll, recht viele Risikos in sich schliesst. Auch nach *Falk* schwankt die Ertragungsfähigkeit des Hungerns zwischen einem Verlust an Körpergewicht von 48—23 pCt., so dass jüngere Individuen schon bei der letzteren niedrigen Zahl sterben, und auch *Voit* giebt an, dass der Hungertod eintrete in sehr ungleicher Zeit, sowohl bei verschiedenen Thiergattungen als auch bei verschiedenen Individuen derselben Species. Die Menge des am Körper abgelagerten Fettes und dessen Verhältniss zum Eiweiss ist in hohem Grade bestimmend für die Zeit der Ertragungsfähigkeit des Hungerns. Fette Thiere zersetzen weniger Eiweiss und halten daher die Entziehung der Nahrung ungleich länger aus als fettarme. Die Winterschläfer treten in die Nahrungslosigkeit mit einem zu diesem Zwecke aufgespeicherten Fettreichthum ein, sie halten sich fast unbeweglich; Respiration, Herzthätigkeit, Excretionen sind auf ein Minimum herabgedrückt, und zudem ist bei ihnen der Winterschlaf eine physiologische Function, auf welche ihr ganzer Organismus eingerichtet ist: Alles Eigenthümlichkeiten, die dem Nahrungsverweigerer, der meist zunächst in grösserer Agitation und vermehrter Bewegung mit bereits mehr oder weniger fortgeschrittener Reduction seiner Ernährung, Abnahme seines normalen Fettgehaltes in die kritische Phase seiner Krankheit eintritt, gar nicht oder in nur sehr bedingtem Maasse zu Gute kommen, so dass mir ein Vergleich unzulässig erscheint. Der Dr. *Tanner* war in seiner Art gewiss eine beachtenswerthe Erscheinung, aber er trat in das Fasten ein bei gutem Gesundheits- und Ernährungszustande und nahm während desselben Wasser, Bouillon und, so viel ich erinnere, einzelne Zwiebacke.

Manche Kranke werden durch anhaltendes Hinstellen von Speisen und häufiges Auffordern zur Nahrungseinnahme unwillig und gereizt, sie klagen, dass die Speisen ihnen zum Ekel würden, so dass man auf diesem Wege bei ihnen Nichts erreicht. Es ist dies aber eine viel geübte und nicht selten erfolgreiche Art des Vorgehens, allein sie ist doch mehr berechnet für die Bekämpfung der Nahrungsscheu, dem Beginn der Verweigerung und reicht leider nicht immer aus bei entschieden ausgesprochener, lang bestehender, hartnäckiger Nahrungsverweigerung. Dass ein kluges und geduldiges Wartepersonal grade in diesem Punkte vielfach von entscheidender Bedeutung ist, kann nicht bezweifelt werden und ich selbst habe erlebt, dass eine Pflegerin bei einer Patientin mit energischer Abstinenz, über welche Niemand Anders etwas vermochte, mehrere Wochen hindurch für jede der Hauptmahlzeiten

Digitized by Google

$1^1/_2$—$2^1/_2$ Stunden brauchte, um ihr Theelöffelweise mühsam Bissen vor Bissen beizubringen, und nicht erlahmte, bis die ganze Portion verzehrt war. Es ist diese ganze Art der Behandlung nicht selten maassgebend, um zu verhüten, dass die Nahrungsscheu in Verweigerung ausarte, und je geschickter und gewandter ein Arzt und sein Pflegepersonal in dieser Hinsicht ist, um so seltener wird er zu weiteren Maassnahmen schreiten müssen, aber auch dem Besten und Tüchtigsten werden diese nicht immer erspart bleiben. Ich habe Kranke, nachdem alle Wege und Mittel zur Beibringung genügender Nahrung erschöpft waren, sterben sehen nach 18-, 15-, 14- und 11tägiger, durchaus nicht einmal absoluter Nahrungsverweigerung und einen selbst nach $8^1/_2$ Tagen vollkommener Abstinenz ohne nachweisbare anderweitige, das Leben zu der Zeit bedrohende Krankheit. Alle allerdings traten in das Fasten ein mit reducirter Ernährung und entsprechend geschwächten Kräften, nachdem sie einige oder mehrere Wochen oder selbst ein Paar Monate vorher gekränkelt, durch melancholische Verstimmung oder krankhafte Vorstellungen beunruhigt sich gezeigt, ungenügend gegessen und mangelhaft geschlafen hatten, nur bei dem, welcher am raschesten zu Grunde ging, bereits nach $8^1/_2$ Tagen, einem Paralytiker, setzte die Nahrungsverweigerung acut ein, obschon auch bei ihm vorher seine Ernährung langsam eine Einbusse erlitten hatte. Da dies mehr oder weniger bei allen unseren hier in Betracht kommenden Patienten der Fall sein wird, so ist ein Vergleich mit hungernden Thieren oder freiwillig fastenden Menschen, die bis dahin einer ungestörten Gesundheit und blühenden Ernährung sich erfreuten, wenn er als Richtschnur für das ärztliche Handeln dienen soll, nicht ganz zutreffend, zumal vielfältige directe Erfahrungen bei den abstinirenden Kranken, wie die von mir und vielen Anderen erlebten, gegen die unbedingte Berechtigung sprechen, ein 14tägiges absolutes Fasten oder ein 50tägiges bei Wassergenuss stets und in allen Fällen als nicht bedenklich hinzustellen. Wie weit hierin zu gehen gestattet ist, müssen die vorher angeführten Thatsachen und Erwägungen bei jedem einzelnen Vorkommniss an die Hand geben. Darauf, dass Geisteskranke leichter das Fasten vertragen sollen, als Geistesgesunde, weil das Centralnervensystem der Carenz sich anpasse, darf man sich nicht verlassen. Es hat aber auch bisher noch Niemand anzugeben vermocht, worin diese Anpassung bestehen solle.

Bezüglich des Alters wird allenthalben angegeben, dass jüngere Leute das Hungern weniger lange ertragen, als ältere, dass ganz alte aber bald erliegen, Frauen sollen im Ganzen gegen den Hunger widerstandsfähiger sein, als Männer, lebhafte Temperamente sind rascher erschöpft als Phlegmatiker und Melancholiker; auf die Wichtigkeit des Alters und der Constitution macht schon *Hippokrates* aufmerksam; aber der wichtigste Factor für die Beurtheilung bildet der qualitative und quantitative Stand der Ernährung: fettreiche, kräftige Erwachsene vertragen die Nahrungsverweigerung am längsten. Es hängt aber viel von ihrem Verhalten ab, ob sie ruhig, bedeckt im Bette liegen oder von innerer Agitation getrieben, so lange die

Digitized by Google

Kräfte es erlauben, umher wandern und so ihren Nahrungsvorrath rascher consumiren. Dann ist auch der Charakter zu beachten, ob er von jeher ein starrsinniger war oder ein nachgiebiger.

Beim Rückblick auf unsere bisherigen Auseinandersetzungen und Erörterungen lässt sich leicht erkennen, dass die jetzt geübte Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken sich unter drei Gesichtspunkten zusammenfassen lässt, die nur durch eine Verschiebung der thatsächlichen Verhältnisse und durch eine mehr oder weniger einseitige Auffassung in einen künstlichen Gegensatz gegen einander gestellt worden sind, während sie in Wirklichkeit sich unter einander ergänzen. Die Einen nehmen eine zuwartende oder, um ihren Bemühungen Gerechtigkeit und die wohlverdiente Würdigung wiederfahren zu lassen, darf ich sagen, eine activ-zuwartende Haltung ein. Dieses Princip ist in vielen, ja in sehr vielen Fällen ohne Zweifel das Richtige, aber es kommen doch fast unwidersprochen Fälle vor, in denen man damit nicht ausreicht und man sich verpflichtet fühlt, nach Lage der Sache andere weitergehende Maassnahmen zu versuchen. Solche des einmal gewonnenen Standpunktes wegen zu unterlassen, hiesse ein richtiges Princip zur geistlosen Schablone machen. Die Anderen gehen daher in geeigneten Fällen für die Erzielung von zur Erhaltung des Lebens nothwendig erscheinender Nahrungsaufnahme activ-handelnd (sit venia verbo) vor. Ein Theil dieser wählt mit Vorliebe den Weg ganz zwangloser Ernährung durch Klystiere von Peptonen und Wein und gewinnt dadurch, wenn die Willigkeit des Patienten eine methodische Anwendung ermöglicht, gefahrlos einige Wochen Zeit, während welcher oder nach welcher der Kranke noch immer nach meinen Erfahrungen zur freiwilligen Nahrungsaufnahme zurückgekehrt ist. Zeigt sich dieser Weg jedoch durch das Widerstreben ungangbar, so zieht man als ultima ratio die Sondenfütterung in Anwendung, während ein anderer Theil der Aerzte von den Nährklystieren Abstand nehmen zu können glaubt und es vorzieht, früher oder später direct zur Sondenfütterung zu greifen, welch' letzterer das eine Verdienst nicht abgesprochen werden kann, dass sie wenigstens in einzelnen Fällen, soweit man überhaupt unter solchen ein entschiedenes prognostisches Urtheil zu fällen im Stande ist, lebensrettend gewirkt hat.

Benutzte Literatur:

Adamkiewicz, Ueber Natur und Nährwerth des Peptons, 1877.
Aeby, Archiv für experiment. Pathol. und Pharmakol. III, 1874.
Annales medico-psychologiques 1874, 1880, 1881.
Bauer, Künstliche Ernährung in *Ziemssen*'s Handbuch allgemeiner Therapie.
Benedikt, Wiener Klinik, 1883, Heft 5 und 6. Zur Lehre von der Localisation der Gehirnfunctionen. S. 102.
Boettger, Die Nahrungsverweigerung der Irren.
Bull (Christiania), Ueber die therapeutische Anwendung der Ernährung

Digitized by Google

durch die Sonde etc. Memorabilien 1885, Jahrgang 30, Heft 2 und 3 und Centralblatt für die gesammte Therapie, 1885.

Czerny und *Latschenberger*, Physiologische Untersuchungen über die Verdauung und Resorption im Dickdarm des Menschen. *Virchow*'s Archiv, Bd. 59, S. 161.

O. Chevalier, Contribution à l'étude de l'alimentation par le rectum. Thèse de Paris 1879, *G. E. Regis*, Annal. med. psychol. 1880, IV, S. 146 u. 147.

Chossat, Archiv. de physiol. I, 1868.

Debove, Du traitement de la phthisie pulmonaire par l'alimentation forcée in der Société médicale des hopitaux 1881. 11. Novbr.

Eichhorst, Ueber die Resorption der Albuminate im Dickdarm. *Pflüger*'s Archiv, Bd. IV, 1871.

Eickholt, Ueber die Aetiologie u. Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 37.

Falck, Archiv f. pathol. Anatomie, Bd. 53, 54, 56.

Gielen, Ueber die künstliche Ernährung der Nahrungsverweigerer. Berlin 1873. Dissertation.

Griesinger, Gesammelte Abhandlungen.

Haller, Elementa physiologiae, VI.

Hippokrates, Aphorismen, I.

Jehn, Beiträge zur pathologischen Anatomie acuter Delirien. Archiv f. Psychiatrie, VIII.

Jürgens, Verhandlungen des Congresses für innere Medicin von 1884. S. 252.

Kolbe, Ueber die Ernährung der Kranken vom Mastdarm aus. Greifswald 1872. Dissertation.

Kussmaul, Archiv f. Psychiatrie, XV, S. 833.

Lailler, *M. D.*, Note sur l'emploi des peptones de viande dans l'alimentation des aliénés sitiophobes. Annales med.-psychol. 1881, V, S. 417.

Leube, Ueber die Ernährung der Kranken vom Mastdarm aus. Deutsches Archiv für klin. Medicin, X, 1872.

Leube, Die Magensonde. Erlangen 1879.

Markwald, *Virchow*'s Archiv, Bd. 64, S. 505.

Mendel, Das Delirium acutum. Berlin. klin. Wochenschr. 1879, No. 50 u. Arch. f. Psychiatrie, III.

Meynert, Vierteljahrsschr. f. Psychiatrie, II.

Nasse, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 16, S. 542.

Oebeke, Ebendaselbst Bd. 41.

Pfeiffer, Berlin. klin. Wochenschr. 1885, No. 30.

Rabow, Archiv f. Psychiatrie, VII.

Regis, *E.*, Dr., Annales medico-psychol. 1881, V, S. 53.

Richarz und *Oebeke*, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 27.

Riva cf. *Mendel*'s Centralblatt 1883, No. 6.

Digitized by Google

Rosenbach in *Mendel's* Centralblatt 1883, No. 15 und 1885, No. 14 und im Archiv f. Psychiatrie, XVI, 1.

Runge, Schmidt's Jahrbücher, Bd. 140, S. 100.

Schott, Dr. *Aug.*, in Nauheim, Zur Therapie der chronischen Herzkrankheiten. Berlin. klin. Wochenschr. 1885, No. 35.

Schüle, Sectionsergebnisse bei Geisteskranken.

Siemens, Zur Behandlung der Nahrungsverweigerung bei Irren. Archiv f. Psychiatrie, Bd. 14 u. 15.

Tiedemann, Physiologie des Menschen. Specieller Theil. 1836.

Tuczek, Archiv f. Psychiatrie, XV.

Voit und *Bauer*, Zeitschr. f. Biologie, Bd. V, Heft 4, 1879.

Voit und *Hermann's* Handbuch der Physiologie, Bd. VI.

Discussion.

Laehr schlägt vor, bei der Reichhaltigkeit des Programmes, der Kürze der Zeit und dem Umfange des Themas die Discussion bis nach der Erledigung der übrigen Vorträge zu verschieben.

v. Gudden hält eine sofortige Discussion unter dem frischen Eindruck der Vorträge für wünschenswerther.

Die Versammlung beschliesst sofort in die Discussion einzutreten.

Siemens macht nachträglich noch auf die sogenannten nervösen Dyspepsien aufmerksam, die er für Psychosen geringen Grades erklärt, und bei denen er auch die psychische Behandlung für viel wirksamer, als die locale hält.

Grashey: Man sei früher in der Anwendung der Schlundröhre zu weit gegangen; in jedem Falle von Nahrungsverweigerung gewaltsam zu füttern, sei entschieden unzulässig. Andererseits aber dürfe man die Schlundröhre nicht so lange bei Seite legen, bis eine Indicatio vitalis vorliege. Bei vorsichtigem Vorgehen sei das Einführen der Röhre eine ungefährliche Procedur, speciell könne man sich in jedem zweifelhaften Fall durch Anwendung der Luftprobe, d. h. durch Eintreiben von Luft und gleichzeitiges Auscultiren der Magengegend überzeugen, ob die Röhre richtig im Oesophagus sitze oder nicht. Man solle bei jedem abstinirenden Kranken, dessen Kräfte sichtlich abnehmen, die künstliche Fütterung versuchen; bekomme sie dem Kranken gut, — und in vielen Fällen sei dies der Fall, — so solle man regelmässig mit der Fütterung fortfahren, im entgegengesetzten Fall könne man ja zu jeder Zeit wieder aufhören.

v. Gudden steht ganz auf dem Standpunkt des Vorredners, auch er hält die Sonde in der Hand eines geschickten und vorsichtigen Arztes für durchaus ungefährlich, besonders bei Anwendung der von *Grashey* angegebenen Luftprobe und der Verwendung von weichen Sonden. Die Letzteren werden auch sehr passend bei Nährklystieren verwendet, da man sie ohne Gefahr viel tiefer einführen kann als gewöhnliche Ansätze. *Siemens* gegenüber bemerkt *v. Gudden*, dass er die Angaben über die Abnahme des Hirngewichtes bei verhungernden Thieren zu 1 pro mille für vollständig unzuverlässig halte.

Digitized by Google

Es sei unmöglich, derartige kleine Differenzen unter den gegebenen Versuchsbedingungen mit Sicherheit zu bestimmen.

Preyer bemerkt, dass die Angaben über die relative Gewichtsabnahme des Gehirns bei Verhungernden, welche auf *Chossat's* Versuchen beruhen, sehr ungenau seien, wegen der Unzuverlässigkeit der Methode, welche Redner kritisirt. Auch dürfe von den für Thiere, welche an Inanition zu Grunde gehen, erhaltenen Zahlen keine auf den Menschen übertragen werden, besonders nicht die über die Gewichtsabnahme des Gehirns beim Verhungern. Das Gehirn kann in der starren Schädelkapsel nicht so an Masse abnehmen, wie andere Weichtheile, aber um wie viel weniger sein Schwinden betrage, als andere Körpertheile, sei noch ganz unbestimmt.

Witkowski: Bei den Kranken ist nicht sowohl der Verhungerungstod, als die hochgradige Schwäche zu fürchten, die weit früher eintritt, und die Betreffenden widerstandsunfähig gegen jedes neue Accidenz macht. Der Stoffwechsel bei Geisteskranken unterscheidet sich wohl in keiner principiellen Weise von dem Stoffwechsel anderer Menschen. Grade bei Hysterischen mit abnormen Sensationen und speciell auch mit Magenhyperästhesie sind neuerdings mit dem *Playfair'schen* Verfahren, also mit Ueberfütterung, sehr gute Resultate erreicht worden. Ich glaube nicht, dass jemals durch reichliche Ernährung Angst und Aufregung gesteigert worden sind.

Herz wirft ein, dass bei der Nahrungseinführung per anum des Irrigators nicht Erwähnung geschehen ist, mit welchem man leicht literweise Ernährungsflüssiges einbringen könne.

Prof. *von Gudden*, Ueber die Frage der Localisation der Functionen der Grosshirnrinde [1]).

Nicht entfernt, was ich gleich bemerken muss, kann es meine Absicht sein, auf die Einzelheiten der verschiedenen, an der Grosshirnrinde angestellten Versuche, sowie auf deren wirkliche oder vermeintliche Resultate mich einzulassen, — Diejenigen, die sich dafür interessiren und es nicht vorziehen, die Originalarbeiten durchzugehen, verweise ich auf das sehr gute Referat *Exner's* im diesjährigen biologischen Centralblatte — vielmehr genügt es vollständig für meinen Zweck, daran zu erinnern, dass sich unter den Physiologen zwei Gruppen einander gegenüber stehen, von denen die eine die Grosshirnrinde gewissermaassen landkartenartig in eine grössere Anzahl von einander scharf getrennter Provinzen mit verschiedener Function eintheilt, die andere die Berechtigung einer solchen Flächeneintheilung bestreiten und die Function der Rinde als eine mehr einheitliche auffassen zu müssen glaubt. Als die Hauptvertreter der beiden Gruppen können wir *Munk* und *Goltz* bezeichnen, dürfen aber nicht übersehen, dass auch unter den Localisationsanhängern selbst wieder nichts weniger als Uebereinstimmung

[1]) Der Vortrag wurde frei gehalten und erst später — zum Theil erweitert — niedergeschrieben.

Digitized by Google

herrscht, wobei in hohem Grade zu bedauern ist, dass der Conflict mitunter sehr unerquickliche Formen angenommen hat.

Meine Untersuchungen gingen von Anfang an andere Wege, befassten sich zunächst mit der Anatomie des Gehirns, benutzten dazu auch, wo es nur zulässig war, und nicht ohne Erfolg, die experimentelle Methode. Der Plan war, in erster Linie von der Peripherie aus, von den Nerven, Schritt für Schritt immer tiefer in die Centren vorzudringen, bei Angriffen aber auf die Centren und zumal auf die Grosshirnrinde, die ihrer Natur nach, wenigstens bei der Rinde, immer etwas Rohes haben, nur mit der grössten Behutsamkeit zu verfahren, um zunächst die Fehlerquellen zu entdecken und die Mittel und Wege aufzufinden, wie man sie einigermaassen vermindern und vermeiden könne. Wenn man etwas unternimmt, soll man wissen, was man unternimmt, wer aber die Grosshirnrinde angreift, ohne vor Allem ganz genau den Fasernverlauf zu kennen, der weiss einfach nicht, da die Hirnrinde ohne Verletzung von Faserzügen, die möglicherweise ganz anderswohin sich begeben, nicht abgetragen werden kann, was er gethan hat, ganz abgesehen von Folgezuständen, insbesondere Entzündungen bei erwachsenen Thieren mit ihren nicht selten grossartigen Verheerungen, die selbst wieder nicht eher genau umgrenzt werden können, bis das operirte Thier lang genug gelebt hat, um die secundären Atrophien sich vollziehen zu lassen und eine genaue, oft die Ueberwindung grosser Schwierigkeiten erfordernde, anatomische Untersuchung nach der Schnittmethode und unter Anwendung geeigneter Tinctionen vorgenommen worden ist. Ist aber schon die Erforschung der Hirnanatomie vielfach so ausserordentlich schwierig, wie soll man da dem physiologischen Experimente, unternommen ohne alle anatomische Grundlage, höchstens sich stützend auf ein wenig Flächentopographie und verwerthet nicht einmal mit nachträglicher sorgfältiger, auch in die Tiefe eindringender anatomischer Controle, noch dazu unter dem Andrange so widerspruchsvoller Angaben der verschiedenen Beobachter, ein unbedingtes Zutrauen schenken?

Obgleich aber meine Untersuchungen zunächst anatomische Ziele im Auge hatten, das vielfach zu Hülfe genommene anatomische Experiment gestattete doch auch manche physiologische Beobachtung. Wir werden sehen, dass auch diese physiologischen Beobachtungen die von anatomischer Seite sich erhebenden Bedenken gegen die *Munk*'sche Invasion in die Grosshirnrinde mit ihren glänzenden und epochemachenden Resultaten nur zu vermehren im Stande sind. *Munk* wird sich übrigens erinnern, dass er die auf Grund anscheinend der feinsten und genauesten Untersuchungen und Beobachtungen im Gegensatz zu seinem hemiopisch gewordenen Affen behauptete contralaterale Blindheit beim Hunde (nach Abtragung der Sehsphäre) auf Grund anscheinend wieder ebenso exacter Experimente hat fallen lassen und zugeben, dass die Brücke, die er zwischen dem contralateral blinden und hemiopischen Hunde schlug, etwas luftiger Art ist. Es ist und bleibt so, vor einer zweifellos erwiesenen anatomischen Thatsache verliert

Digitized by Google

jedes physiologische Resultat, welches mit derselben in Widerspruch steht, seine Bedeutung. Nach Entfernung einer Sehsphäre musste [1]) der Hund hemiopisch werden, sobald nachgewiesen war, dass auch er im Besitze eines und zwar starken ungekreuzten Opticusbündels sei, und um auch ein Ergebniss elektrischer Reizung zu streifen: wenn ein angesehener und wie ich annehme, mit der Methode der Untersuchung vollkommen vertrauter Physiologe auf Grund seiner elektrischen Reizungen zu dem Schlusse gelangt, dass der Nerv. trochlearis sich partiell kreuze und meine an Kaninchen und Katzen angestellten anatomischen Experimente (Fortnahme des Nerv. trochl.) weisen einen completen Ausfall des ganzen entgegengesetzten Kernes nach, so steht fest, dass die Trochlearis sich vollständig kreuzen, und man ist klar darüber, dass auch die Resultate elektrischer Reizung nur mit grösster Vorsicht verwerthet werden dürfen.

Vor den Hunden und Katzen — Affen standen mir nicht zur Verfügung — haben die Kaninchen gewisse Vortheile, die von wesentlicher Bedeutung sind. Sie kommen am geeigneten Platze zur Sprache, operirt man aber an neugeborenen Thieren, so verdienen für alle Operationen die Kaninchen insofern den Vorzug, als bei ihnen dieselben, was bei Hunden und Katzen das Gewöhnliche ist, nur ausnahmsweise von störenden Entzündungen gefolgt werden.

Enucleirt man bei einem neugeborenen Kaninchen ein Auge, so entwickelt sich nicht weiter und geht, soweit er bereits entwickelt war, der entgegengesetzte Tractus opticus, selbstverständlich mit Ausschluss seines ungekreuzten Bündelchens, zu Grunde. Das ungekreuzte Bündel ist beim Kaninchen so klein, dass es kaum in Betracht kommt. Thiere mit blos ungekreuztem Bündel in einem Auge, benehmen sich, als wenn sie auf demselben blind wären. Die Vortheile dieses Verhältnisses liegen auf der Hand. An die Atrophie des Tractus schliesst sich die Atrophie der Centren, des Corpus geniculatum externum, welches nur experimentell nachweisbar in Form eines schräg liegenden Meniskus sich aussen an den vordersten lateraldorsalen Vorsprung des Thalamus (wahrscheinlich Homologon des menschlichen Pulvinar) anschliesst [2]), und die oberste Schicht der grauen Kappe

[1]) Vergl. *von Gräfe*'s Archiv für Ophthalmologie XXV, p. 245.

[2]) Dasselbe verliert nach Durchschneidung eines Nervus opticus (oder Zerstörung der Retina) die bei weitem grösste Mehrzahl seiner Nervenzellen, wie evident aus Hämatoxylinpräparaten hervorgeht, nach Durchschneidung eines Tractus opticus aber alle, bleibt dagegen schön erhalten, während nun das angrenzende grosse Ganglion mit seiner Faserung zu Grunde geht, wenn man, selbstverständlich ohne Verletzung des Tractus opticus, eine ganze Grosshirnhemisphäre entfernt hat. In Bezug auf die Scheidung von Pupillarfasern und eigentlichen Sehfasern im Sehnerven verweise ich auf meine Vorträge (Tagblatt der Eisenacher Naturforscherversammlung, S. 307—310 und

Digitized by Google

des vorderen Hügels vom Corpus quadrigeminum, welches das eigentliche Sehcentrum ist. Das *Gall*'sche Bündel (Tract. pedunc. transversus) lasse ich hier ausser Betracht. Dasselbe atrophirt zwar bei Atrophie des Nervus opticus, sein vom Nerv. opt. abhängiges Centrum, welches, wie ich jetzt mit Bestimmtheit behaupten kann, nicht das eigentliche Sehcentrum im vorderen Hügel ist, ist immer noch sowohl seinem Sitze, als seiner Function [1]) nach, unbekannt. Hier von Wichtigkeit ist nur das eigentliche Sehcentrum. Man wird annehmen dürfen, dass dasselbe durch Fasern in Verbindung mit der Grosshirnrinde steht, man wird dann auch annehmen müssen, dass diese zu Grunde gehen, wenn das genannte Sehcentrum (primäres Centrum) zu Grunde geht [2]). Untersucht man aber die Grosshirnhemisphären, so findet man zwar bei genauer Betrachtung in situ, d. h. nach Entfernung der Schädeldecke auf der Seite der Enucleirung eine gewisse Verschiebung der Gehirnmasse in Folge des Zusammenrückens der Orbita, man findet auch in der Gegend der supponirten Sehsphäre des grossen Gehirns (also auf der entgegengesetzten Seite) eine kleine Abweichung in der Form, aber diese ist, wie ich das schon im Archiv für Psychiatrie II, S. 714, Anmerkung, angegeben habe, ebenfalls ein Verschiebungseffect, hervorgerufen durch die Atrophie des vorderen Hügels. Die sorgfältigste von Hrn. Dr. *Nissl* vorgenommene mikroskopische Untersuchung dieser Gegend in Bezug auf die Zellen mit der von ihm geübten Anilinfärbung nach Alkoholhärtung und in Bezug auf die Fasern mit der für diesen Zweck ebenso vorzüglichen *Weigert*'schen Hämatoxylinfärbung nach Erhärtung in *Müller*'scher Lösung hat auch nicht den geringsten Unterschied von Bedeutung im Verhalten der beiden Seiten nachweisen lassen und das Einzige, was bemerkt werden konnte, war, dass der über dem atrophischen Hügel liegende Theil der Grosshirnrinde, weil er durch die Atrophie mehr Raum zur Entwickelung vorfand, sich, um mich kurz auszudrücken, etwas geräumiger entwickelt hatte. Das ist eine Thatsache, deren Gewicht nicht zu verkennen ist.

Enucleirt man beim neugeborenen Kaninchen beide Augen, wodurch auch die ungekreuzten Bündelchen der Sehnerven in Wegfall kommen, so ist der Befund zwar noch etwas reiner, aber im Wesentlichen derselbe auf beiden Seiten.

Es ist mir gelungen, beim neugeborenen Kaninchen auch den Nervus acusticus mit Einschluss zwar des Facialis, aber ohne weitere Nebenverletzung von Bedeutung an seinem Austritte aus der Medulla oblongata ab-

---

der Strassburger, S. 136—137). Das Corpus geniculatum externum ist Centrum für die Pupillarfasern.

[1]) Vergl. hiermit *v. Gudden:* Ueber den Tract. peduncl. transv. Archiv für Psychiatrie XI, p. 419.

[2]) So viel auch schon bekannt ist von den Faserlagern im vorderen Hügel, so hat man doch noch nicht gelernt, diese letzteren genau und bestimmt abzugrenzen.

Digitized by Google

zutrennen. Die Operation ist eine ungemein delikate (wegen der Nähe der Medulla) und trotz zahlreicher Uebung derselben bin ich nur im Besitze eines einzigen nach Wunsch ausgefallenen Präparates. Bekanntlich besteht auch der Acusticus mindestens aus zwei übrigens auf den ersten Blick wohl von einander zu unterscheidenden Fasersystemen. Eigentliches Gehörcentrum wird das Tuberculum acusticum sein. Ueber das gefundene zweite Centrum werde ich anderswo berichten, will aber schon hier die Beobachtung bestätigen, wonach der grosszellige, sogen. *Deiters*'sche Kern zu dem Acusticus in gar keiner directen Beziehung steht. Das Präparat, und zwar das ganze Gehirn, ist seit Jahren geschnitten, aber mit Carmin gefärbt. Ich gebe zu, dass diese Färbung keine so genaue Untersuchung gestattet wie die *Weigert*'sche in Bezug auf die Fasern und die *Nissl*'sche in Bezug auf die Zellen, aber wie oft und wie anhaltend ich die Hirnrinde in demselben durchgesucht habe, auch bei ihr ist es mir nicht gelungen, an irgend einer Stelle eine Atrophie aufzufinden.

Leichter ist der Angriff auf den Quintus. Für uns von Bedeutung ist zunächst die sensibele Portion, einschalten will ich übrigens, dass die absteigende Wurzel ausschliesslich zur motorischen sich begiebt. Nach Durchschneidung der aufsteigenden Wurzel atrophirt das bezügliche Centrum; ich glaube auch die Bahn aufgefunden zu haben, die von diesem Centrum zur Hirnrinde geht, sich mit der der anderen Seite kreuzt, sich noch eine Strecke weit durch die Haube verfolgen lässt, dann aber sich ausfasernd dem Auge verloren geht. Der Quintus des Kaninchens ist ein mächtiger Nerv, aber auch bei seiner Atrophie war die Untersuchung der Hirnrinde resultatlos. Untersucht konnten bis jetzt nur mit Carmin gefärbte Schnitte werden.

Die anderen sensibelen Nerven — die Atrophien der meisten waren Gegenstand der Untersuchung — übergehe ich, um mich dafür etwas länger beim Nervus olfactorius aufzuhalten, der für die vorliegende Frage in mehrfacher Beziehung der wichtigste Nerv von allen ist. Ich werde an einem anderen Orte nachweisen, nicht blos behaupten, dass das Centrum des Olfactorius die Glomerulischicht ist und alle anderen Theile des Bulbus olfactorius Bestandtheile der Grosshirnhemisphären sind. Der Tractus olfactorius ist im Sinne *Meynert*'s Projectionsbündel, der sogen. Olfactoriusantheil der vorderen Commissur ausschliesslich Commissur der Lobi olfactorii. Die grosse Bedeutung des Nerv. olfact. für unsere Frage ist die, dass die Verbindung seines Centrums mit der Hirnrinde im Tractus olfactorius klar vor Augen liegt. Es genügt beim neugeborenen Kaninchen ein Nasenloch zu excidiren und die Wundränder durch einige Suturen zur Verwachsung zu bringen, um eine allerdings sehr mässige Atrophie der Glomerulischicht und des Tractus zu Wege zu bringen. Man kann zwar, doch muss man hierzu etwas ältere (5—6 Wochen alte) Thiere nehmen, nach Entfernung eines Nasenbeines mit einem scharfen Löffel (selbstverständlich in der Narkose) den Geruchsnerv zugleich mit der Schleimhaut abkratzen, aber die Operation ist eine widerwärtige und rohe und vorzuziehen ist es, den Bulbus olfactorius, der

Digitized by Google

beim neugeborenen Thierchen durch das Schädelchen durchscheint, nach Aufklappen dieses mit dem Löffel ganz herauszunehmen, oder, was noch leichter und besser ist (besser, weil dadurch den Verschiebungen vorgebeugt wird), ihn intracraniell mit einem feinen Messerchen abzutrennen. Es wird zwar in dieser Weise die Spitze des Lobus olfactorius mit fortgenommen, aber die Reinheit des Experimentes verhältnissmässig nur sehr wenig getrübt. Untersucht man nach der intracraniellen Abtrennung das erwachsene Thier, so findet man eine lineare Narbe von Bindegewebe zartester Art — Wiedervereinigung der nervösen Elemente kommt nicht vor, was für das ganze Gehirn nach Trennung seiner einzelnen Theile gilt — der Tractus ist verschwunden und der Lobus olfactorius, makroskopisch verglichen mit dem der anderen Seite, scheint nicht im mindesten gelitten zu haben. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt für die Rinde des Lobus Folgendes: Drei mit Carmin gefärbte Schnittreihen lagen vor. Bei der einen scheinen allerdings die Zellen der Rinde etwas weniger zahlreich und auch ein klein wenig kleiner zu sein, da aber dieses bei den anderen nicht der Fall ist, wenigstens nicht in erkenntlicher Weise, so ist mir der Gedanke aufgestiegen, ob nicht in dem ersten Falle doch vielleicht eine, wenn auch sonst seltene, Meningitis eine Rolle gespielt hat. Wenigstens möglich wäre es. Früher war ich der Ansicht, die Innervation des seines Nerven beraubten Lobus würde durch die vordere Commissur vermittelt[1]), wie könnte sich sonst, dachte ich, der Lobus so intact verhalten, nachdem doch aus der vergleichenden Anatomie feststeht, dass die Entwickelung des Lobus proportional der Mächtigkeit der Nerven gefunden wird, aber diese Ansicht musste fallen gelassen werden, nachdem es mir gelungen war, beide Bulbi olfactorii beim ganz jungen Thierchen abzutrennen. Man braucht mit der Operation nur zu warten, bis die Thierchen 7—8 Tage alt sind. Bis dahin hat sich der Nervus trigeminus so weit entwickelt, dass der Olfactorius zum Saugegeschäfte nicht mehr absolut nöthig ist, und die Kaninchen, die früher operirt, verhungert wären, überwinden den Eingriff, der als Verletzung an und für sich ganz ungefährlich ist. Thatsache ist, dass auch Abtrennung beider Bulbi bei gänzlicher Atrophie der Tractus beide Lobi sich anscheinend ganz normal entwickeln und auch bei der mikroskopischen Untersuchung keine Atrophie der Zellen ihrer Rinde auffinden lassen. In der Proportionalität der Grössenentwickelung des Nervus, Bulbus und Lobus olfactorius einerseits und andererseits in der Erhaltung und normalen oder doch wenigstens nahezu normalen Entwickelung des Lobus auch nach Abtrennung des Bulbus und Atrophie des Tractus liegt meine ganze Anschauungsweise der Localisation der Hirnfunctionen eingeschlossen.

Was von den Empfindungsnerven gilt, gilt auch von den motorischen Nerven. Man kann beim neugeborenen Thiere die Augenbewegungsnerven, bei einem anderen den Facialis oder den Hypoglossus, man kann mit dem

[1]) Archiv für Psychiatrie II, pag. 707.

Digitized by Google

Plexus brachialis, dem Ischiadicus fast alle bez. die meisten motorischen Nerven des Vorder- oder Hinterbeines fortnehmen, niemals findet sich beim erwachsenen Thiere in der Hirnrinde ein umschriebener Defect. Nimmt man aber neugeborenen Kaninchen beide Augen fort, exstirpirt die Ohrgänge und schliesst die Haut darüber, so dass auch von dieser Seite her die Anregung wenigstens in hohem Grade erschwert ist, sperrt die Thiere, wenn sie nicht mehr saugen, in einen kleinen Käfig, jedes für sich, und lässt sie in Caspar Hauser'scher Weise gross werden, so findet sich zwar bei der Section das Geruchsorgan stärker entwickelt (vorzugsweise deutlich das primäre Olfactoriuscentrum am Bulbus), das übrige grosse Gehirn scheint aber in seiner Gesammtheit in der Ausbildung zurückgeblieben zu sein, was sich dann auch durch die stärkere Entwickelung der ganzen Knochendecke kundzugeben pflegt[1]). Auch bei neugeborenen Hunden und Katzen wurden Augen fortgenommen, eins oder beide, aber diese Thiere sind wenigstens für die einseitige Fortnahme wegen der Mächtigkeit ihrer ungekreuzten Opticusbündel zu Opticusexperimenten in der Richtung der Erforschung der Grosshirnrinde viel weniger brauchbar als die Kaninchen; ausserdem kann ich auch für sie nur wiederholen, was ich schon früher[2]) angegeben habe, dass sich bei ihnen ebenfalls kein Unterschied in den Hirnwindungen, und zwar, was ich jetzt, nachdem ich eine viel grössere Erfahrung besitze, einschränkend hinzufüge, der hinteren Regionen entdecken lässt, dass aber die Verschmälerung der vorderen Partien des Gehirns in frontaler und die Verkürzung in sagittaler Richtung zugleich mit Vergrösserung ihres Höhendurchmessers, je nachdem auf einer oder beiden Seiten, wie sie mehr oder weniger deutlich wohl in allen Fällen nachzuweisen sein wird, lediglich wieder ein Verschiebungsresultat und zwar in Folge des Zusammenrückens der Orbita ist.

Ich gehe zu den centralen Experimenten am neugeborenen Thiere über und zwar zunächst wieder zu denen am Kaninchen.

Nach Aufklappung der einen Seite des Schädeldaches um die Sagittal- und Stirnnaht wird eine ganze Hemisphäre mit Einschluss des Corpus striatum entfernt, wobei man sich vor der nahe liegenden Verletzung des Tractus opticus zu hüten hat. Die so operirten Thierchen entwickeln sich ganz normal in der äusseren Erscheinung, sehen, hören, fühlen und bewegen sich, wie nicht-operirte und nicht der geringste Unterschied zeigt sich zwischen den beiden Seiten. Ueber das Sehen und Hören giebt die Ohrenstellung zuverlässigen Aufschluss; die Prüfung des Gefühls wie die Beurtheilung der Bewegung machen ebenso wenig Schwierigkeiten. Etwas misslicher steht es mit der anatomischen Untersuchung. Unaufgeklärt bleibt die anatomische Grundlage für die Beherrschung des ganzen Hirnstammes nur von

[1]) Vergl. meine Experimentaluntersuchungen u. s. w. im Archiv für Psychiatrie II, S. 710, und meine Arbeit über das Schädelwachsthum, München 1874, S. 31 u. 32.

[2]) Archiv für Psychiatrie II, S. 715.

Digitized by Google

einer Hemisphäre aus und ebensowenig wie nach Fortnahme eines Sehnerven, bin ich nach Fortnahme einer Grosshirnhemisphäre im Stande gewesen, die Verbindungsfasern zwischen Sehcentrum im vorderen Hügel und der Hirnrinde klar zu stellen. Man sieht zwar, und das vorzugsweise in dem oberen Faserlager des vorderen Hügels, eine Verminderung der Zahl der Nervenfaserquerschnitte, aber dieser Ausfall von Fasern hat keine Beziehung zum Sehcentrum, denn mit ihm geht ein ganz anderes Centrum im oberen Hügel, die zweite graue Schicht der grauen Kappe zu Grunde. Ich komme auf diese Verhältnisse anderswo ausführlich zurück, für die vorliegende Frage ist aber ein anderer Befund von fundamentaler Bedeutung und dieser ist: dass das Sehcentrum selbst (die oberste graue Schicht) nicht die geringste Veränderung erkennen lässt[1]) und dass Tractus und Nervi optici auf beiden Seiten gleich sind.

Hier ist der Ort, eine Controverse zur Sprache zu bringen, die sich zwischen meinem Freunde und früheren Mitarbeiter, Herrn Dr. *Ganser* und mir entsponnen hat. — In *v. Gräfe*'s Archiv für Ophthalmologie XXI, S. 201—203 hatte ich das Gehirn eines Hundes beschrieben, dem ich wenige Tage nach der Geburt einen grossen Theil des linksseitigen Scheitel- und Hinterhauptshirnes abgetragen hatte. Bei der Section des erwachsenen Thieres fand sich eine nicht unbeträchtliche Atrophie des gleichseitigen Tractus opticus vor, wozu ich bemerkte, dass sie wohl zweifellos eine Druckatrophie (in Folge eines Exsudatdruckes auf die primären Centren) sei und nicht in directen Zusammenhang mit der Abtragung der Grosshirnwindungen gebracht werden dürfe. *Ganser* erkennt zwar die Richtigkeit meiner Angaben beim Kaninchen an und fährt dann fort[2]): „Ueberdies hat *v. Gudden* erst kürzlich diese Frage einer gründlichen Revision unterzogen. Die Nervi optici einer kleinen[3]) Reihe von 6 Kaninchen, welche alle ganz jung operirt, einer Hemisphäre beraubt waren, wurden möglichst exact quergeschnitten, mittelst der Camera obscura bei 23facher Vergrösserung gezeichnet und je zwei zusammengehörige mit einander verglichen. Wir haben uns dabei überzeugt, dass diese ganze Procedur von Fehlerquellen keineswegs frei ist; die letzteren haben wir möglichst zu vermeiden gesucht und gefunden, dass beim Kaninchen eine nachweisbare Atrophie des Nervus opticus in Folge Hemisphärenexstirpation nicht eintritt. Das Kaninchen bietet für die Untersuchung am Nerv insofern ein besonders günstiges Object, als das ungekreuzte Bündel ausserordentlich schwach ist.“ So weit *Ganser*. Ich bemerke in Bezug auf die hervorgehobenen Fehlerquellen, dass sie vorzugsweise in der Krümmung des der operirten Seite angehörenden Nerven liegen und

[1]) Obgleich die Verbindungsfasern zur Grosshirnhemisphäre fehlen müssen, welcher Defect aber im Fasernfilz des Hämatoxylinpräparates nicht zu Tage tritt.

[2]) Archiv für Psychiatrie XIII, S. 373.

[3]) Für den Zweck aber doch wohl gross genug.

Digitized by Google

dadurch am zuverlässigsten vermieden werden, dass man beim Einbetten hierauf Rücksicht nimmt und dann noch aus den möglichst quergeschnittenen Scheibchen die kleinsten heraussucht. Nun ist aber *Ganser* der Meinung, dass, wenn überhaupt eine reine Atrophie des Nervus opticus (oder sagen wir lieber des Tractus opticus) nach Eingriffen in eine Gehirnhemisphäre eintrete (und er ist zu dieser Annahme geneigt), diese nur an hochstehenden Thieren nachgewiesen werden könne. In der That hat *Ganser* an den von ihm operirten 2 Katzen im Wesentlichen denselben Befund constatirt (l. c. 372), wie ich an meinem Hunde. Ich kann noch hinzufügen, dass auch mein Freund und College, Herr Director *Bumm*, die Freundlichkeit hatte, mir 4 von ihm in derselben Weise behandelte Katzengehirne vorzulegen, die alle einen mehr oder weniger atrophirten Tractus zeigen und dass auch er zu der Ansicht sich hinneigt, diese Atrophie sei eine directe Folge des Angriffes auf die Hemisphäre. Mir ist bei den angeführten 6 Katzengehirnen zunächst aufgefallen, dass der Grad der Atrophie in keinem bestimmten Verhältnisse zum Ort und zu dem Umfange der Verletzung stand, was doch hätte der Fall sein müssen, wenn die sogen. Sehsphäre sich auf die von *Munk* umschriebene Region beschränkte, aber wenn mir noch so viele derartige Präparate vorgelegt worden wären, sie hätten mich nicht irr gemacht und ich wiederhole, was ich von Anfang an entgegnet habe und was auch *Ganser* (l. c. S. 375) als richtig anerkennt, dass ein einziger Fall mit negativem Befunde (also mit einem nicht atrophischen Tractus) die Frage in meinem Sinne auch für die höheren Säuger entscheidet. Ich lasse hier das Protokoll der Sitzung der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München vom 19. Febr. 1884 (Aerztliches Intelligenzblatt 1884) folgen. Dasselbe lautet:

„Obermedicinalrath *v. Gudden* demonstrirt das Gehirn eines 3 Monate alten Kätzchens, bei dem 4 Wochen nach der Geburt durch einen intracraniellen Eingriff das linksseitige Scheitel- und Hinterhauptsgehirn bis auf einen schmalen Saum zur Atrophie gebracht worden war. Auch die sogen. Sehsphäre sei zu Grunde gegangen. Nichtsdestoweniger sei das Thier, wie der oft wiederholte *Ganser*'sche Versuch [1]) ergab, nicht hemiopisch gewesen, und wie man sich am Präparate selbst überzeugen könne, fänden sich beide Tractus optici gleichmässig entwickelt. Dass im vorliegenden Falle, worauf es bei allen derartigen Versuchen ankomme, die linksseitigen primären Sehcentren keinen abnormen Druckverhältnissen, die zur Atrophie derselben hätten führen können, ausgesetzt gewesen seien, gehe daraus hervor, dass die rechtsseitige Grosshirnhemisphäre in sofort auffallender Weise hinüber in die linksseitige Schädelhälfte sich verschoben habe." — Das werthvolle Präparat ist seitdem geschnitten worden, die Tinction erfolgte abwechselnd mit Carmin und mit Hämatoxylin, aber auch bei der mikroskopischen Unter-

[1]) S. Archiv für Psychiatrie XIII. S. 304.

Digitized by Google

suchung fand sich keine Spur einer atrophirenden Nervenfaser. (Die bezüglichen Zeichnungen und Präparate wurden vorgelegt.)

Nach diesem Befunde bei der Katze darf ich mir vielleicht den Rath erlauben, nicht eher beim Experimentiren mit der Sehsphäre sich einen Schluss zu erlauben, als bis man, wozu eine geraume [1]) Zeit nach der Operation vergehen muss, sich überzeugt hat, ob nicht ein Druck auf das primäre Centrum stattgefunden hatte, und auch beim Menschen mit Constatirungen von Atrophien eines Tractus opticus in Folge von Rindenzerstörungen in der Gegend der „Sehsphäre" vorsichtig zu sein, und wenn sie sich zusammen vorfinden, nicht eher einen causalen Zusammenhang anzunehmen, als bis die Atrophie anatomisch von der Hirnrinde bis zum Tractus nachgewiesen ist, wozu indessen keine Aussicht besteht. Auf die experimentellen Untersuchungen *v. Monackow's* [2]), die vielfach mit den Ergebnissen der meinigen nicht übereinstimmen, werde ich an einem anderen Orte näher eingehen.

Wichtiger noch in Bezug auf die Localisation der Grosshirnfunctionen, als das erste centrale Experiment ist das folgende: Nach Aufklappung der Schädeldecke in der Richtung nach vorn um die Kranznaht wurde auf beiden Seiten, mit Erhaltung jedoch des Lobus olfactorius, das ganze Hinterhaupts- und Scheitelhirn bis (von hinten nach vorn gerechnet) 1 mm vor der Kranznaht fortgenommen. Wie sauber die Operation gelungen war, sieht man aus der Zeichnung, die vorgelegt wurde. In den ersten Tagen (vier waren so operirt) mussten die Thierchen, die öfters aus dem Nest herausfuhren, in dieses zurückgebracht werden, dann wurden sie ruhig und entwickelten sich, als wenn ihnen fast gar nichts geschehen wäre. Sie sahen, hörten, fühlten und bewegten sich anscheinend wie normale Kaninchen, und nur insofern habe ich geglaubt, einen Unterschied zu bemerken, als ihr Benehmen einen mehr impulsiven Charakter an sich trug, als ihn nicht operirte Thiere ihrer Altersstufe wahrnehmen lassen. Speciell was ihr Sehen und dessen psychische Verwerthung betrifft, so war nicht etwa die Frage, ob sie Hindernissen aus dem Wege gingen, eine solche trat gar nicht an einen heran, im Freien waren sie nur schwer zu fangen, wichen sogar auf grössere Entfernung bei absoluter Stille einer Handbewegung aus, bemaassen, auf Pflöcke gesetzt, richtig die Entfernung vom Boden, tasteten ein wenig mit den Vorderpfoten und sprangen dann mit der grössten Sicherheit herunter, sprangen Treppenstufen hinauf und herunter u. s. w., wovon sich unter vielen anderen die Herren *Bälz*, *Bumm*, *Grashey*, *Jolly* überzeugt haben. Erst nachdem sie ziemlich erwachsen waren, wurden sie getödtet. Ich möchte kaum bezweifeln — lasse es übrigens dahingestellt — dass sie später bei der Bethätigung höherer Functionen: Fortpflanzung, Nestbau, Grossziehung der Jungen u. s. w. Defecte gezeigt haben würden, darauf kommt es hier nicht an, aber

[1]) Je nach dem Alter des operirten Thieres verschieden.

[2]) Archiv für Psychiatrie XIV u. XVI.

Digitized by Google

Thatsache ist und bleibt es, dass sie ohne alle und jede Spur von Sehsphäre sahen und ihr Sehen psychisch verwertheten.

Bei einer anderen Reihe von neugeborenen Kaninchen wurde das Schädeldach von vorn nach hinten um die Kranznaht umgeklappt und auf beiden Seiten das „Stirnhirn" nicht ganz bis zum Lobus olfactorius abgetragen. Die erwachsenen Thiere sahen, hörten, fühlten und was ich besonders hervorhebe, bewegten sich, wie normale.

Anders ist das Verhalten von Kaninchen, denen man nach der Geburt mit Erhaltung der Lobi olfactorii und der übrigen am tiefsten gelegenen Partien der Grosshirnhemisphären diese mehr oder weniger tief — selbstverständlich ohne Verletzung des Hirnstammes — abgetragen hat. Manche, bei denen der Schnitt zu tief ausfiel, gehen zu Grunde, andere, bei denen dies nicht der Fall war, kommen durch, concentriren sich vorzugsweise auf ihren Geruchssinn, sehen zwar, folgen mit den Augen, wenngleich die Probe bei denselben Thieren zu anderen Zeiten versagt, neugierig der sich vor ihnen in einer gewissen Entfernung bewegenden Hand[1]), was normale Thiere nie thun, hören, was man aus den zuweilen auf ein Geräusch hin plötzlich sich aufrichtenden Ohren, die für gewöhnlich flach auf dem Nacken liegen, ersieht, fühlen, wie man sich leicht aus den Abwehrbewegungen überzeugt, halten und bewegen sich eigenthümlich und ohne sufficiente sichere Führung, was man z. B. daraus ersieht, dass sie sich beim Fressen eines Krautblattes aufrichten, immer weiter nach rückwärts sich überbeugen und schliesslich umfallen, kurz: sie sind Idioten, zumeist etwas schläfrig, dann wieder übermässig agil, gedeihen auch nicht recht, bleiben im Wachsthum weit hinter ihren Altersgenossen mit intacten Gehirnen zurück, würden in Gemeinschaft mit diesen im Kampfe um's Dasein entschieden zu Grunde gehen, müssen isolirt gehalten und auch in Bezug auf Reinlichkeit besonders im Auge behalten werden. — Es ist schwer, alle diese Thiere in Eine Besprechung zusammenzudrängen, ein Jedes ist wieder etwas anders, je nachdem mehr oder weniger abgetragen wurde, aber das scheint doch sicher zu sein, dass wenigstens rudimentär alle Empfindungen zur Geltung und psychischen Verwerthung kommen, und dass ebenso auch alle Bewegungen einer psychischen Direction nicht gänzlich entbehren.

Was ich vom Sehcentrum im vorderen Hügel nach Exstirpation einer ganzen Grosshirnhemisphäre sagte, gilt von den Centren aller Empfindungsnerven. Allen müssen die Bahnen zu der fortgenommenen Hemisphäre fehlen, aber sie selbst sind sonst intact. Intact sind auch die Kerne der Bewegungsnerven, und was für die Kaninchen gilt, gilt auch für die Hunde und Katzen. Nur noch auf das primäre Centrum des Nerv. olfactorius, die Glomerulischicht des Bulbus olfactorius möchte ich einen Augenblick zurückkommen. Schneidet man beim neugeborenen Kaninchen intracraniell den

[1]) Die Hand darf nicht so nah herumgeführt werden, dass der Geruchssinn in Frage käme.

Digitized by Google

Bulbus vom Lobus olfactorius ab, so bleibt die Glomerulischicht desselben erhalten, vom Tractus sind nur die kleinsten Reste vorhanden, die zum eingeschlossenen Theil des Lobus gehören, die Commissurenfasern dieses Theiles sind aber zu Grunde gegangen.

Nach Mittheilung dieser Versuche und Beobachtungen dürften wenigstens unbefangene Beurtheiler geneigt sein, anzunehmen: dass in der Grosshirnrindenfläche circumscript umgrenzte Regionen, die ausschliesslich und unter allen Verhältnissen eine bestimmte Function ausüben, nicht vorhanden sind. Es spricht dagegen auch im Grossen und Ganzen der histologische Aufbau der Rinde, ihre Zellenformationen und deren Lagerung, sowie die Art des Verlaufes ihrer Fasern, wenngleich zugegeben werden muss, dass gewisse Unterschiede, zumal in den Zellen, allerdings sich bemerkbar machen und es daher nothwendig sein wird, für jede Thiergattung, die zu Versuchen benutzt wird, eine genaue Untersuchung der gesammten Rinde und zwar mit den verbesserten Hülfsmitteln der neueren Technik vorzunehmen. Freilich aber lässt sich einwenden — und ich halte trotz des Kätzchens, welches, bereits 4 Wochen alt und jedenfalls in Bezug auf seine Hirnrinde schon einigermaassen eingeübt, nach Fortnahme der sogen. Sehsphäre nicht hemiopisch wurde, den Einwand für nicht unbegründet, dass an neugeborenen Thieren angestellte Hirnrindenversuche in ihren Ergebnissen nicht ohne Weiteres maassgebend für erwachsene seien, und dass demgemäss zu weiterer Aufklärung entsprechende Versuche auch an diesen vorgenommen werden müssten.

Diesem Einwande gegenüber kann ich mittheilen, dass ich auch mit herangewachsenen Thieren viel experimentirt habe, mit Kaninchen, Hunden und Katzen. Den ganz erwachsenen ziehe ich indessen halb und drittel erwachsene vor, weil letztere munterer und lebhafter sind, die Operationen besser ertragen und die secundären Atrophien rascher auch makroskopisch wahrnehmen lassen. Operirt wurde in den letzten Jahren nur in der Aethernarkose, früher auch wohl nach Injectionen von Morphium. Bei neugeborenen Kaninchen ist die Anwendung antiseptischer Cautelen überflüssig, neugeborene Hunde und Katzen sind, wie ich früher schon bemerkte, zu Entzündungen in unvergleichlich höherem Maasse disponirt; bei ihnen sowie erst recht bei erwachsenen Thieren, die Kaninchen eingeschlossen, sollte man dieselbe nie ausser Acht lassen. Ganz abgekommen bin ich davon, bei mehr herangewachsenen Thieren den Schädel in grösserem Umfange zu öffnen, operire vielmehr intracraniell, zu welchem Behufe mittelst der Säge, unter Umständen auch mittelst eines stärkeren Messers, nach Durchschneidung und Zurseiteschiebung des Pericraniums, eventuell auch nach Trennung der Musculatur, Spalten angelegt werden, die jedoch nicht zu eng ausfallen dürfen, damit die einzuführenden feinen Messer nicht anstossen und das Blut am freien Austritte nicht gehindert ist. Selbstverständlich hat man sich zu hüten, die Sinus und die grösseren Arterien zu verletzen. — Zur Orientirung dienen alsdann getödtete Thiere gleichen Alters, deren eine Grosshirnhälfte

Digitized by Google

freigelegt und in der erforderlichen Weise partiell, sei es frontal, sagittal oder horizontal abgetragen ist. An der so vorbereiteten Hirnhälfte sowie an der erhaltenen Hälfte des Schädelgewölbes bestimmt man den Ort, die Richtung und wie weit das Messer einzuführen ist. Nach der Operation lässt man, je nach dem Alter, die Thiere 5—6 Monate, zu gewissen Zwecken auch noch länger, bis zu einem Jahre leben. Bei erwachsenen Kaninchen, um ein Beispiel von der Peripherie herzunehmen, sind nach der Enucleirung eines Auges der zugehörige Nervus opticus und dessen Centrum 9 Monate nach der Operation zwar bedeutend kleiner, aber der Nerv selbst noch weiss und nicht grau und auch die Centren noch nicht vollständig atrophirt[1]). Bei allen Thieren, die operirt wurden, muss man verlangen, dass die anatomische Untersuchung nach der Schnittmethode vorgenommen werde.

Wurde in der angegebenen Weise operirt, so kommt es vor, dass man bei der Section feine lineare Narben findet, ohne Spur von Entzündung, Exsudat und Druckerscheinung. Eigentliche Narben sind es nicht einmal, eine Wiederverwachsung centraler nervöser Theile tritt, wie schon bei den Operationen am neugeborenen Thiere bemerkt wurde, nicht ein, die Schnittflächen liegen etwas verklebt aneinander und nur die Pia bildet eine festere Verbindung an der Oberfläche, dringt auch mehr oder weniger in die Spalte vor. Aber nicht in allen Fällen ist das Resultat ein so reines und ich bin im Besitze von Gehirnen (deren Zeichnungen ich vorlege), bei welchen die äussere Betrachtung, ausser gewissen Merkmalen am Stamme, die den Sachverständigen sofort einigermaassen orientiren, nur geringe Veränderungen nachwies, die aber doch, nachdem sie geschnitten waren, grössere Zerstörungen in Folge von Exsudat und Druck erkennen liessen. Am gefährdetsten sind in Bezug auf die Reinheit der Resultate diejenigen Gehirne, bei denen der Druck von einem oder beiden Seitenventrikeln ausgeht. So liegen mir Präparate vor, bei denen ein Eingriff in das Hinterhauptshirn Atrophien der Pyramidenbahn, und andere, bei denen ein Eingriff in's Stirnhirn Atrophien der Grosshirnrindenschleife herbeiführte, Präparate, die, wie wir später sehen werden, ganz unbrauchbar sind. Immer auch muss man sich gegenwärtig erhalten, dass der Schnitt selbst, auch wenn keine Entzündung folgte, etwas weiter geführt wurde, als möglicher Weise beabsichtigt war. Man kennt noch viel zu wenig, worauf ich ebenfalls schon aufmerksam machte, den Faserlauf. Mir liegen Schnittreihen von Menschengehirnen vor: eine frontale, eine horizontale und eine (diese freilich nicht sehr gelungen) sagittale. Alle drei sind mit Carmin gefärbt. Hält man die Schnitte im dunkeln Raume gegen eine mehr oder weniger schräg einfallende Kerzenflamme, so erkennt man beim Hin- und Herbewegen in der Weise, dass man immer noch durch den Schnitt auf's Dunkle sieht, im Centralmarke sehr schön und deutlich die einzelnen Züge in ihrem verschiedenen sich gegenseitig ausweichenden Verlaufe, und bei-

[1]) Uebrigens lassen sich die Atrophien mikroskopisch sehr deutlich schon nach 3 Monaten nachweisen.

Digitized by Google

spielsweise, was die Operationen am Thiere betrifft, so genügt beim Kaninchen ein kleiner, gar nicht tief geführter Schnitt an einer bestimmten Stelle der Grenze zwischen Lobus olfactorius und dem über ihm liegenden Scheitelhirn (die bezügliche Zeichnung wird vorgelegt), um die ganze oder fast ganze Ausstrahlung des Thalamus in das Scheitel- und Hinterhauptshirn zu treffen und damit auch eine Atrophie der bezüglichen Thalamusganglien (auch des Corpus geniculatum internum) herbeizuführen.

Die Versuche sind noch lange nicht abgeschlossen, noch mehr aber bedaure ich, dass eine grosse Anzahl von Gehirnen noch nicht geschnitten ist. Es wird das den nicht wundern, der aus eigener Erfahrung weiss, welche Zeit es kostet, nur ein Gehirn von grösserem Umfange zu schneiden, zu färben und dann erst folgt die eigentliche, so mühselige Aufgabe, ein Organ zu untersuchen von einer solchen Complication, dass es zumal im Hämatoxylinpräparat einen geradezu verwirrenden Eindruck macht und noch dazu durch ganz besondere Eigenthümlichkeiten die Erforschung mit einer solchen Menge, wenn ich so sagen darf, heimtückischer Fallstricke erschwert, dass man nicht vorsichtig genug auf seinem Wege sein kann. Was nun die sogen. Sehsphäre betrifft, auf die und die motorische Zone ich mich hier beschränken muss, so liegen mir 2 Gehirne von Hunden vor, bei denen dieselbe zwar nicht in ihrem ganzen Umfange, aber doch zum grössten Theile abgetragen war, ohne dass ein Exsudat mit seinem Drucke störend eingriff. Letztes geht (die Thiere waren halb erwachsen, als sie operirt wurden, und blieben am Leben, bis sie vollständig ausgewachsen waren) aus der Integrität des Tractus opticus der operirten Seite hervor. Zu diesen beiden Hunden kommt der von Hrn. Prof. *Goltz* auf der Naturforscher-Versammlung zu Strassburg[1]) demonstrirte, bei dem die Grosshirnrinde der linken Seite mit einziger Ausnahme des hinteren Theiles des Lobus olfactorius fortgenommen war. Hr. Prof. *Goltz* hat die Freundlichkeit gehabt, mir die Gehirne der getödteten Thiere zur anatomischen Untersuchung zu überlassen. Man denke sich die bezügliche Grosshirnhemisphäre frontal in 4 Theile getheilt und die Theile von hinten nach vorn mit 1, 2, 4 und 3 bezeichnet. Theil 1 war am 24. Oct. 1884, 2 am 7. Jan., 3 am 19. Febr. und 4 am 6. Mai 1885 fortgenommen worden. Hier kommt zunächst Theil 1 in Betracht, nach dessen Entfernung nicht weniger als 11 Monate vergangen waren. Das Gehirn ist noch nicht genügend erhärtet, um es schneiden zu können, aber makroskopisch ist auch bei ihm am Tractus opticus nicht die geringste Atrophie zu erkennen. Ob der Hund hemiopisch war (hemiopisch im ganzen Umfange der Bedeutung, die man dem Worte gegenwärtig unterlegen kann), darüber mir bei der Demonstration ein Urtheil zu bilden, war ich auch entfernt nicht im Stande, aber von meinen beiden Hunden glaube ich behaupten zu dürfen, dass sie es nicht waren. Ich will jedoch

[1]) Vergl. Tageblatt, S. 414. Sämmtliche Hunde waren erwachsen, als sie operirt wurden.

Digitized by Google

nicht verschweigen, dass in meinen Bemühungen, hierüber zur vollen Klarheit zu kommen, Geruch und Gehör, vorzugsweise aber erster, mir ungemein hinderlich waren und stets auf's Neue Zweifel hervorriefen [1]). Vollkommen sicher aber bin ich in der Ueberzeugung: dass jeder, seiner Sehsphäre beraubte Hund, bei dem nach Ablauf der erforderlichen Zeit eine Atrophie des Tractus opticus gefunden wird, für irgend einen Schluss in Betracht der sogen. Sehsphäre absolut unbrauchbar ist, dass aber demnach auch kein an der Sehsphäre vorgenommener Eingriff, mit seinen Folgen für die Beobachtung im Leben diese für rein und gesichert ausgeben darf, bevor nicht das Thier so lange gelebt hat, bis man bei der Section mit Bestimmtheit entscheiden kann, ob der Tractus durch Druck gelitten hat oder nicht.

Leichter sind die Beobachtungen in der Richtung der Bewegungen als solcher, beziehungsweise der „motorischen Zone". Bei ihnen ist der Unterschied im Erfolge, je nachdem man bei neugeborenen oder mehr erwachsenen Thieren operirt, sofort in die Augen fallend. Beim neugeborenen Thiere (Kaninchen) stört selbst die Fortnahme einer ganzen Gehirnhemisphäre nicht im Geringsten die Bewegung; operirt man dagegen bei mehr herangewachsenen Thieren (Kaninchen, Katzen), so treten schon nach einseitiger Fortnahme des einen Stirnhirnes, was allerdings ein ziemlich verschwimmender Ausdruck ist, nicht unbedeutende Unregelmässigkeiten auf. Bei den Kaninchen wurde die Spalte 2 mm hinter, bei den Katzen in der Kranznaht selbst angelegt, und während die Köpfe auf den horizontalen Aesten der Unterkiefer auflagen, das Messer senkrecht eingeführt und mittelst desselben der ganze vor ihm liegende Hirntheil mit Einschluss des Lobus olfactorius abgetrennt. Versuchen die aus der Narcose erwachenden Thiere sich aufzurichten, so fallen sie auf die der Operation entgegengesetzte Seite, vermögen sich jedoch, sobald sie etwas freier in ihrem Sensorium geworden sind, aufrecht zu erhalten, wobei die Katzen in der bekannten Weise mit der dorsalen Fläche des Vorderfusses aufzutreten pflegen, die Kaninchen den Vorderfuss nicht gehörig vorsetzen, beiderlei Thiere aber auch in der Bewegung der Hinterbeine Unzulänglichkeiten wahrnehmen lassen. Der Schnitt trifft bei den Katzen das Stirnhirn etwa 1 mm hinter dem sogen. Gyrus postcruciatus, erreicht die Basis des Lobus olfactorius jedoch nicht immer, was aber von unwesentlicher Bedeutung sein dürfte, in der gleichen Entfernung vom Bulbus (Folge geringer Abweichungen in der Lagerung der Köpfe während der Operation). In hohem Grade merkwürdig ist es, dass die genannten Störungen schon in wenigen Tagen fast spurlos verschwinden und die Thiere, welche überhaupt die Operation staunenswerth leicht ertragen, sehr bald sich wieder benehmen, als wenn garnichts mit ihnen vorgenommen wäre. Der bei der anatomischen Untersuchung zu Tage tretende Effect war bei den Kaninchen eine vollständige, bei den Katzen eine nicht vollständige Atrophie

[1]) Ich erinnere hier an die *Munk*'schen contralateralblinden und hemiopischen Hunde.

Digitized by Google

der Pyramidenbahn (Hämatoxylinpräparate). Bei einem Hunde, bei dem die Spalte 3 mm hinter der Kranznaht angelegt wurde und die Erscheinungen während des Lebens dieselben waren, wie bei der Katze, zeigte sich die Pyramidenbahn wie beim Kaninchen ganz atrophisch. Abnorm gesteigerte Lebhaftigkeit der Bewegungen, wie sie bei dem dritten (Strassburger Tagblatt, S. 415) von *Goltz* vorgestellten Hunde in so auffallender Weise zu Tage trat, habe ich bei keinem der von mir in der angegebenen Weise operirten Thiere wahrgenommen. *Goltz* stellte auch einen Hund mit grosser und tiefer Zerstörung der sog. motorischen Zone beider Hirnhälften vor. Die Bewegungen desselben waren äusserst plump. Er konnte aber gehen und kein Muskel war gelähmt. Der Hund war ausser Stande, von selbst zu fressen. Man musste ihm die Bissen unmittelbar vor's Maul halten, wenn er sie verzehren sollte. Er zeigte ferner eine ausgeprägte Sehstörung, obwohl seine Sehsphären wenigstens zum Theil erhalten waren. Soweit das Tageblatt auf der angeführten Seite. Die Zerstörung war in der That, wie aus dem mir vorliegenden Gehirne hervorgeht, eine sehr umfangreiche und tiefgehende. Keinem Zweifel dürfte es unterliegen, dass die als motorische Regionen geltenden Theile ganz vernichtet waren, aber auch die sog. Sehsphäre fehlt auf der linken Seite ganz und ist auf der rechten wenigstens nicht intact. Das Gehirn ist noch nicht geschnitten und werde ich später ausführlicher über den Befund berichten, aber Thatsache ist und bleibt es, dass das Thier nicht gelähmt im gewöhnlichen Sinne des Wortes war, wenngleich es nicht weniger Thatsache ist, dass es sich äusserst plump bewegte und diese Plumpheit nicht ohne Weiteres mit seinem Idiotismus zusammenfällt. An Katzen und Hunden habe ich die oben beschriebene, von mir geübte Abtrennung des Stirnhirns auf beiden Seiten nicht vorgenommen, die Doppelabtrennung dagegen bei einer Reihe von Kaninchen, die indessen nicht älter als 2 Monate waren, ausgeführt. Die Operation ist nicht ohne Gefahr. Bei ihr muss allem Anscheine nach der Lobus olfactorius geschont werden, wenn die Thiere nicht zu Grunde gehen sollen, auch ist sie tödtlich, wenn der Schnitt beiderseits — wenigstens schien das aus der Section der wenige Tage nach der Operation zu Grunde gegangenen Thiere hervorzugehen — den äusseren Theil der inneren Kapsel, oder gar die Ausstrahlung des Thalamus getroffen hatte. Die durchgekommenen Thiere leben aber noch, weshalb ich sie eigentlich gar nicht hätte erwähnen sollen. Sie haben in ihrem Benehmen Aehnlichkeit mit jenen Kaninchen, denen wenige Tage nach der Geburt beide Hemisphären abgetragen worden waren. Auch ihnen musste durch die Pflege nachgeholfen werden, auch sie blieben in der körperlichen und geistigen Entwickelung bedeutend hinter ihren Altersgenossen zurück, zeigten aber doch innerhalb des allgemeinen psychischen Defects vorzugsweise Störungen der Bewegung; die Thiere sassen anders wie normale, schoben dabei die Hinterbeine vor, so dass die Vorderfüsse zwischen die Hinterfüsse zu stehen kamen, und wenn sie sprangen, hoben sie den Hintertheil des Körpers viel höher und schleuderten die Hinterbeine viel

Digitized by Google

weiter hinaus, als dies gewöhnlich der Fall ist. Auch schwankten sie leicht, wenn sie sich mit den Vorderfüssen den Kopf putzten, und überschlugen sich auch wohl — wie das von den ihrer beiden Hemisphären grossentheils beraubten Thieren berichtet wurde — wenn sie sich aufrichteten, um den Rest eines Kohlblattes in's Maul zu bringen. Merkwürdig ist aber doch auch wieder, dass je älter die Thiere wurden, auch diese Störungen mehr zurücktraten.

Ich unterlasse es, aus den mitgetheilten, bei mehr herangewachsenen Thieren angestellten Versuchen bestimmte weitergehende Schlussfolgerungen zu ziehen, werde sie fortsetzen und darüber später zugleich mit den Sectionsbefunden unter Heranziehung der Schnittmethode berichten. Uebrigens bemerke ich noch ausdrücklich, dass auch eine sorgfältige Untersuchung der Hirnrinde (Carminpräparate) von Kaninchen, denen in erwachsenem Zustande Augen entfernt worden waren, zu keinem anderen Resultate führte, als von Kaninchen, bei denen ich dieselbe Operation wenige Tage nach ihrer Geburt vornahm.

Eine halbe Wahrheit ist gefährlicher als ein ganzer Irrthum, der viel leichter richtig gestellt werden kann, welchem Satze ich noch eine Stelle aus § 1 der Abhandlung *Schiller's* über den Zusammenhang der thierischen Natur des Menschen mit seiner geistigen anschliessen könnte, die lautet: es ist gewiss der Wahrheit nichts so gefährlich, als wenn einseitige Meinungen einseitige Widerleger finden.

Bin ich auch kein Anhänger der Lehre, welche die Grosshirnrinde mit scharfer Abgrenzung unter die verschiedenen Sinne und Muskelgruppen vertheilt, so bin ich doch auch nichts weniger als ein Gegner jeglicher Localisation.

Die anatomischen Verhältnisse, auf die ich mich stütze, sind folgende:

1) In der ganzen Säugethierreihe findet sich ein bestimmtes Verhältniss zwischen der Grössenentwickelung des Lobus und der des Bulbus und Nervus olfactorius. Die Bedeutung dieses Befundes wird von keiner Seite bestritten werden können, und das um so weniger, als gleichzeitig die Rinde des Lobus olfactorius besondere Eigenthümlichkeiten darbietet. Ich erinnere aber gleichzeitig an die Abtrennung beider Bulbi bei 7—8 Tage alten Kaninchen, nach der sich die Lobi dennoch weiter entwickeln und bei der Untersuchung des erwachsenen Thieres sich anscheinend ganz normal verhalten. Würde deren Hirnrinde, wird man schliessen dürfen, ausschliesslich vom Geruchssinn aus in Thätigkeit versetzt, so müsste sie atrophiren. So aber, ich wiederhole es, liegt hier ein Fingerzeig für eine nicht unwesentlich modificirte Localisationshypothese.

2) Fortnahme des Stirnhirns und nur diese führt zur vollständigen Atrophie der Pyramidenbahn. Fortnahme des Scheitel- und Hinterhauptshirnes lässt diese unberührt. Bei dieser Gelegenheit will ich gegenüber *Flechsig*, obgleich mir an der Priorität nicht allzu viel liegt, bemerken, dass

Digitized by Google

diese Abhängigkeit der Pyramidenbahn vom Stirnhirn zuerst von mir nachgewiesen wurde (vergl. Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte 1872, No. 4)[1]). Ich nehme an, dass Hirnrindentheile, die einer besonderen abgeschlossenen Bahn ihren Ursprung geben, auch einer besonderen Function vorstehen.

3) Nach Fortnahme einer ganzen Hemisphäre mit Einschluss des Corpus striatum atrophirt der ganze rechtsseitige Pedunculus (Carminpräparat). Beim Kaninchen liegen der mediale und laterale Theil desselben nebeneinander, bei den höheren Säugethieren kommen Verschiebungen vor, auf die ich hier nicht weiter eingehen kann, bei allen aber giebt die Ausstrahlung der *Meynert*'schen Commissur genügenden Aufschluss über die Grenzscheide Beider. Thatsache ist es, dass der mediale Theil zum Stirnhirn, der laterale zum Scheitel-Hinterhauptshirn wenigstens vorzugsweise in Beziehung steht.

4) Die Abhängigkeit der Schleife (der von *v. Monackow* sogen. Rindenschleife) von der Grosshirnrinde wurde ebenfalls von mir zuerst nachgewiesen[2]). Thatsache ist es, dass sie abhängt vom Scheitel-Hinterhauptshirn. Ich bin der Meinung, worüber noch genauere Untersuchungen definitiv entscheiden müssen, dass der Lobus olfactorius zum Scheitel-Hinterhauptshirn zu rechnen ist, Fortnahme des Stirnhirns aber lässt jedenfalls die Schleife, die bezüglichen Fibrae arcuatae und die Kerne des Funiculus cuneatus und gracilis intact, während diese wenigstens grossentheils zu Grunde gehen — sich annähernde Beobachtungen wurden bereits von *v. Monackow* im Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte 1884, No. 6 u. 7, veröffentlicht — wenn das Scheitel-Hinterhauptshirn entfernt wurde.

5) Die Kerne des Thalamus sind zum Theil unabhängig von der Grosshirnrinde, so insbesondere diejenigen (worauf ich an einem anderen Orte zurückkomme), die durch die von mir sogen. Commissura inferior mit einander verbunden sind. Ob gar keine Kerne vom Stirnhirn abhängig sind — die Grenze desselben ist, wie wiederholt bemerkt, unsicher — lasse ich vorläufig dahingestellt, aber die grosse Mehrzahl derselben, mit ihr auch das Corpus geniculatum internum, ist abhängig vom Scheitel-Hinterhauptshirn.

6) Auch das mediale hintere Ganglion des Corpus mammillare ist abhängig vom Scheitelhinterhauptshirn, bleibt erhalten nach Abtrennung des Stirnhirns.

Nach allen diesen anatomisch nachgewiesenen Abhängigkeiten von wenigstens 2 Hauptregionen der Grosshirnrinde bleibt wohl nichts anderes übrig, als sich mit einer gewissen Entschlossenheit zu der Ansicht zu bekennen, dass bei normaler Entwickelung und Einübung der Grosshirnrinde

---

[1]) Die dort erwähnte Atrophie des Hypoglossuskernes war ein zufälliger Befund. Ich bin noch im Besitze des Präparates, habe seitdem noch ein Mal und zwar ein vollständiges Fehlen desselben Kernes auf einer Seite bei einer Katze gefunden, einmal auch und zwar bei einem sonst ganz normalen Kaninchen das einseitige Fehlen des Abducenskernes.

[2]) Archiv für Psychiatrie XI, S. 237.

Digitized by Google

sich auch die Functionen wenigstens in 2 Hauptregionen localisiren, der für die Bewegungs- und der für die Empfindungsvorstellungen. Mehr zu behaupten, hat man bis jetzt, glaube ich, nicht das Recht.

Für die Methode fernerer Untersuchungen lag es nahe, daran zu denken, ob es nicht möglich sei, ohne oder doch mit möglichst geringer Verletzung der Hirnrinde die von ihr abhängigen Bahnen und Centren anzugreifen und nach ihrer Zerstörung den Erfolg in der Hirnrinde aufzusuchen. Anfänge in dieser Richtung habe ich schon vor Jahren gemacht. Man muss an die Basis heran. Zu diesem Zwecke enucleirte ich bei jungen Thieren ein Auge und versuchte durch das Foramen opticum in die innere Kapsel einzudringen und zwar zunächst in das mittlere Drittel derselben, d. h. in die Pyramidenbahn. Ob man diese wirklich zerstört hat, darüber zwar giebt die spätere anatomische Untersuchung vollkommen zuverlässigen Aufschluss, aber bis jetzt nicht darüber, ob man nicht etwas mehr zerstört hat. Bei einem Kaninchen, bei dem nur ein ganz kleiner Rest der Pyramidenbahn sich erhalten zeigte, fand sich in der Hirnrinde eine fast vollständige Atrophie der grossen Pyramidenzellen, ohne nachweisbare Betheiligung der anderen Zellenformationen. Einen ähnlichen Befund beschreibt v. *Monackow* nach einem anderen und zu einem ganz anderen Zweck gemachten Eingriff im Archiv für Psychiatrie XIV, S. 713—716. — Der merkwürdige Befund regt den Gedanken an, ob nicht an die verschiedenen Zellenlagen sich verschiedene Functionen binden. Thatsache scheint zwar zu sein, dass beim normalen Kaninchengehirn[1]) die zahlreichsten und grössten Pyramidenzellen sich in der Region des Stirnhirns befinden: ich muss aber gleich bemerken, was allerdings noch nicht entscheidend ist, dass in einem Hundegehirn, bei dem die Pyramidenbahn durch einen Eingriff in das Stirnhirn (Zeichnung) ganz und gar zu Grunde gegangen war, die grossen Pyramidenzellen sich zum Theil noch wohl erhalten fanden. Seitdem habe ich einen anderen Weg aufgefunden, auf dem sich wenigstens für gewisse Bahnen die Aussicht eröffnet, dem gewünschten Ziele näher zu kommen. Wie aber auch diese Bemühungen ausfallen: das Eine dürfte jetzt schon klar sein, dass es noch mancher und grosser Arbeit bedarf, um über die Functionen und die Localisation der Functionen der Grosshirnrinde in's Reine zu kommen, und dass man mit der Befolgung der *Heine*'schen Doctrin des Trommelschlagens nur den, der nicht selbst untersucht hat, mit sich fortreissen kann[2]).

Zuerst also Anatomie und dann Physiologie; wenn aber zuerst Physiologie, dann nicht ohne Anatomie.

Zum Schlusse nur noch zwei Bemerkungen: 1) dass es zunächst ziem-

[1]) Die Untersuchungen wurden an Serien von Sagittalschnitten vorgenommen, es wäre indessen noch möglich, dass durch die nicht ganz gleichen Winkel, unter denen die Zellenlagen getroffen werden, eine Täuschung hervorgerufen wurde.

[2]) Oder gelinder gesagt der Empedocleischen des *δις και τρις το καλον*.

Digitized by Google

lich gleichgültig ist, was ich mir über eine weitere Gliederung der Hirnrinde innerhalb der Grenzen der Bewegung und Empfindung denke, dass aber die grosse Müller'sche Errungenschaft der specifischen Energie der Sinnesorgane, die *Helmholtz* der Entdeckung des Gravitationsgesetzes gleichgestellt hat, davon ganz unberührt bleibt und 2) dass man auch vom höheren Säugethier in Bezug auf die Bewegung nicht ohne Weiteres auf den Menschen schliessen darf, weil bei diesem die willkürlichen Bewegungen eine unendlich viel grössere Rolle spielen, als bei jenen.

Discussion.

Mendel: Der Hr. Vortragende stellt in erster Reihe die Anforderung einer genauen anatomischen Untersuchung der Hirnrinde an ihren verschiedenen Theilen. Dieser Anforderung ist jedoch schon vielfach Genüge geleistet worden. Ich erinnere an die Arbeiten von *Meynert*, *Betz*. Ich selbst habe auf der vorjährigen Versammlung in Leipzig Abbildungen aus den verschiedenen Gyris der Hirnrinde demonstrirt und auf ihre verschiedenartige anatomische Zusammensetzung aufmerksam gemacht. Auch vom Hunde bebesitze ich derartige Untersuchungen. Auch makroskopisch lässt in der Umgebung der Fossa calcarina der als Vicq d'Azyr'scher Streifen bekannte weisse Faserzug mitten in der grauen Rinde die Abweichung des Baues an verschiedenen Stellen der Hirnrinde erkennen. Gerade aber diese Thatsache, dass die anatomische Zusammensetzung der Hirnrinde an den verschiedenen Theilen des Cortex eine verschiedene ist, deutet darauf hin, dass auch die physiologischen Leistungen der gesammten Hirnrinde nicht in dem *Flourens*'schen Sinne als identische bezeichnet werden sollten. Es mag zugegeben werden, dass vielfach in dem Eifer, zu localisiren, übereilte Schlüsse gezogen worden sind, es mag zugegeben werden, dass das „Landkartensystem" schon viel zu weit ausgedehnt worden ist, die Fülle der klinischen Thatsachen beim Menschen erscheint mir aber bereits eine so grosse und wenigstens ein Theil derselben so beweisend für die Localisationstheorie, dass ich nicht glaube, dass das Thierexperiment im Stande ist, jene einfach wegzuwischen.

v. Gudden freut sich in Bezug auf das „Landkartensystem" die Uebereinstimmung des Vorredners mit seiner Anschauung constatiren zu können, glaubt aber, dass eine genauere methodische Durchforschung der Hirnrinde beim Menschen sowohl, als auch insbesondere bei den Thieren, mit denen man experimentire, erforderlich sei. Die bis jetzt bekannten Verschiedenheiten des anatomischen Baues der Hirnrinde seien nicht genügend, um durch sie das Vorhandensein von scharf abgegrenzten Centren in der bekannten geographischen Anordnung annehmen zu dürfen. Ebenso wichtig und vielleicht noch wichtiger für das Experiment sei aber, was er wiederholen müsse, die genaue Kenntniss des Faserverlaufes.

Nissl stimmt Hrn. *v. Gudden* bei, wenn er eine genaure Durchforschung der Hirnrinde verlangt. Hrn. *Mendel* gegenüber hebt *Nissl* hervor, dass die

Digitized by Google

anatomischen Untersuchungen über Hirnrinde noch lange nicht soweit abgeschlossen seien, um zur Erklärung ihrer Functionen verwendet werden zu können. Die Ursache dieses Umstandes erklärt sich aus den mangelhaften Methoden, die bisher angewendet wurden. Zur Untersuchung der topographischen Anordnung der Nervenzellen in der Hirnrinde ist das nach der allbekannten Methode hergestellte Carminpräparat schon deshalb unbrauchbar, weil die markhaltigen Fasern, die besonders in den tieferen Partien der Rinde sich ungemein reichlich vorfinden, mitgefärbt und dadurch die Zellen mehr oder weniger verdeckt werden. Für die Untersuchung der Rindenfaserung leistet es ebenso wenig gute Dienste, was ein Blick auf ein Osmium- oder *Weigert*'sches Hämatoxylinpräparat sofort lehrt.

Durch Anwendung seiner Methode, die ausschliesslich die zelligen Gebilde der Hirnrinde darstellt, lässt sich, was die topographische Anordnung der Zellen anbelangt, feststellen, dass ein fünfschichtiger Bau nahezu über die ganze Hirnrinde vorhanden ist, der allerdings als solcher in seinem Aufbau Variationen zeigt, nicht aber einen Schluss auf abgegrenzte Centren erlaubt.

Preyer wendet sich gegen die Behauptung des Hrn. *Mendel*, dass Verschiedenheit des anatomischen Baues Verschiedenheit der Functionen zu erschliessen gestatte, vielmehr kämen so viele Fälle von gänzlich verschiedener morphologischer Structur bei identischer Function vor, dass für die Gehirnphysiologie einen damit in Widerspruch stehenden Grundsatz aufzustellen nicht zulässig sei. Ueberhaupt wird zu oft bei den Untersuchungen auf diesem Gebiete die Veränderlichkeit der Hirntheile übersehen. Die Localisationsfelder der Grosshirnrinde können nicht mosaikartig von einander abgrenzt sein. Für die Localisation der Hirnfunctionen ist die Entwickelungsweise des Gehirns von der grössten Bedeutung. Einige Centren sind angeboren, wie das Respirations-, das Saug-, das Schluckcentrum, welche alle lange vor der Geburt fungiren können, andere sind erworben, wie das Sprachcentrum, welches nicht entsteht, wenn das Kind nicht sprechen hört. Was von dieser einen Localisation gilt, wird auch für andere gelten, und es ist schwer zu sagen, welche Gehirnfunctionen mit festem Centrum geerbt und angeboren, welche durch Sinneseindrücke erst erworben sind. Diese Untersuchung ist nothwendig und verträgt sich nicht mit der Annahme einer Constanz der Rindenfelderabgrenzung, dagegen sehr wohl mit den Untersuchungen des Hrn. *v. Gudden*.

v. Gudden kommt auf eine beiläufige Bemerkung seitens *Mendel's* zurück in Bezug auf Aphasie. Für ihn habe die Annahme eines normaler Weise nur auf einer Seite entwickelten sog. Sprachcentrums etwas Unverständliches. Er bestreite durchaus nicht, dass in der Mehrzahl der Fälle von Aphasie die Beschädigung in der bezüglichen Region der linksseitigen Hemisphäre gefunden werde, aber es seien doch auch Fälle bekannt, wo sie rechts vorhanden war. Letztere mit Linksseitigkeit in Zusammenhang zu bringen, reiche doch zur Erklärung nicht hin, denn wie solle man alsdann die einseitige Entwickelung beim Ambidexter sich vorstellen? Ganz abge-

Digitized by Google

sehen davon, dass die Rechtsseitigkeit in der Regel ein Product der Gewöhnung und Einübung ist, als erworbene Eigenschaft sich nicht vererbt, auch die Sprache früher sich entwickelt, als die grössere Handfertigkeit. Gesetzt aber die Entwickelung des sog. Sprachcentrums beschränke sich auch bei einem normalen Gehirne ausschliesslich auf eine Seite, und zu derselben seien bestimmte Windungen ausschliesslich angewiesen, so habe man doch das Recht zu fragen, wozu denn die entsprechenden Windungen der anderen Seite dienen, oder solle man annehmen, diese verhielten sich steril und functionirten überhaupt nicht? In diesem Falle aber würden sie atrophiren, was doch nicht der Fall sei. Seines Wissens würde auch bei Taubstummen keine Atrophie der bezüglichen Region gefunden.

Hertz theilt die Erfahrung mit, dass die meisten Menschen mit einem Ohre, meist mit dem rechten, schlechter hören, als mit dem anderen, was er auf das Uebungsgesetz zurückführt.

Mendel: Herr *Nissl* meint, der Unterschied zwischen den verschiedenen Hirnrindenpartien bestehe nicht, überall sei ein 5schichtiger Bau nachzuweisen, fügt aber hinzu, dass bald einmal diese, bald einmal jene Schicht fehle, damit sagt er eben, dass die anatomische Zusammensetzung nicht gleichmässig ist. — Dass Hr. *v. Gudden* auch die Localisation eines Sprachcentrums bezweifelt, überrascht mich in hohem Grade, ich glaube, dass diese Localisation eine sichere Thatsache, gewonnen durch zahlreiche pathologische Erfahrungen, ist. Auch an den linksseitigen Sitz glaube ich, und denke mir, wie Andere, die Sache so, dass die linke Hemisphäre zu manchen Functionen sich einübt, zu denen die rechte weniger geschickt erscheint, wie die Ausübung der feineren Bewegungen mittelst der rechten Hand. Ich möchte dabei auch auf die Erfahrungen von linksseitiger Hemiplegie mit Aphasie bei Linkshändigen hinweisen, bei denen also das Sprachcentrum rechts anzunehmen ist, entsprechend der Ausbildung der linken Hand, im Gegensatz zur gewöhnlichen Combination von rechtsseitiger Hemiplegie mit Aphasie. — Die bisherigen Einwürfe scheinen mir nicht genügend, um die Localisationstheorie, der — abgesehen vom Thierexperiment — eine grosse Reihe von Thatsachen beim Menschen entsprechen, zu erschüttern.

v. Gudden verwahrt sich dagegen, dass er eine gewisse Localisation der Sprache überhaupt habe leugnen wollen, seine Absicht sei nur gewesen, darauf aufmerksam zu machen, dass noch manches in dieser Beziehung sehr unklar sei.

Prof. Dr. *Mendel*-Berlin, Der ärztliche Sachverständige und der Ausschluss der freien Willensbestimmung des § 51 des Deutschen Strafgesetzbuches.

„§ 51. Eine strafbare Handlung war nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geisteshätigkeit befand, durch welchei seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war."

Digitized by Google

In der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 6. Februar 1884[1]) hatte Herr *Liman* über zwei Gutachten berichtet, in denen er als Sachverständiger sein Urtheil über den Geisteszustand der Angeschuldigten abzugeben hatte.

Auf die Fälle selbst hier einzugehen, ist nicht meine Absicht, dagegen hatte ich bereits in der an den Vortrag sich anschliessenden Discussion gegen die Art der Beantwortung der Frage des Präsidenten des Schwurgerichts: Ist die Z. jetzt geisteskrank? seitens des Herrn *Liman* Widerspruch erhoben. Herr *Liman* hatte nämlich ausgeführt, „dass die Z. sich nicht in einer normalen Gemüthslage befände und krankhaft erregt sei, dass sie aber gegenwärtig nicht als geisteskrank im Sinne des Gesetzes zu erachten sei und dass nur von einer äusserst geringen Beeinträchtigung, nicht aber von einem Ausschluss der freien Willensbestimmung im Sinne des § 51 des Str.-Ges. die Rede sein könne".

Ich hatte dagegen ausgeführt, dass die Aufgabe des Arztes bei zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit nur darin bestehen dürfe, zu untersuchen, ob zur Zeit der Begehung der Handlung ein Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit vorhanden gewesen sei, dass dagegen die Entscheidung darüber, ob der event. nachgewiesene Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit der Art war, dass dadurch die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war, lediglich Sache des Richters sei, und dass es um so mehr für die ärztlichen Sachverständigen geboten sei, sich der Beantwortung der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zu enthalten, als die „freie Willensbestimmung" kein wissenschaftlich psychiatrischer Begriff ist, mit der Entscheidung darüber der Sachverständige also sein speciell wissenschaftliches Gebiet verlässt.

Ich machte dabei darauf aufmerksam, dass die wissenschaftliche Deputation des Preuss. Ministeriums für geistliche etc. Angelegenheiten in gleichem Sinne verführe und bei den von ihr erforderten Gutachten die Beantwortung der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung als nicht zur Competenz des Arztes gehörend ablehnte, wie noch ein neuerdings von Herrn *Westphal* als Referenten der Deputation verfasstes und veröffentlichtes Gutachten zeige[2]).

Im weiteren Verlaufe der Discussion schloss sich Herr *Virchow*, der als Referent der wissenschaftlichen Deputation bei dem den betreffenden Strafgesetzbuchparagraphen vorbereitenden Gutachten in sehr erheblicher Weise betheiligt war[3]), im Wesentlichen meinen Ausführungen an. Seitdem hat sich nun Herr *Schäfer* (Lengerich) bemüssigt gefunden, gegen diese Auf-

[1]) cf. Verhandlungen der Berl. med. Gesellschaft, Bd. XV, p. 123.

[2]) *Eulenberg*'s Viertelj. f. ger. Med. 1883. Oct. p. 212.

[3]) cf. *Virchow*'s gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der öffentlichen Medicin. II. p. 505.

Digitized by Google

fassung in einem längeren Artikel in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin [1]) zu polemisiren und daran ein Gutachten über einen Fall geknüpft, der beweisen soll, dass es Aufgabe des Gerichtsarztes ist, „die freie Willensbestimmung eines Kranken auch in den Bereich seiner Untersuchung zu ziehen, und dass er in gewissen Fällen genöthigt ist, nicht den völligen Ausschluss der freien Willensbestimmung, wie ihn der § 51 voraussetzt, sondern nur einen relativen Grad ihrer Beeinträchtigung zu erklären".

Nun ist vorerst Herrn *Schäfer* bei seinen forensisch psychiatrischen Auseinandersetzungen das kleine Malheur passirt, den § 51 gar nicht genau zu kennen. Er meint, dass der § 51 laute: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war." Nun heisst es aber nicht: durch welche, sondern durch welchen; es bezieht sich der Ausschluss der freien Willensbestimmung auf den Zustand, und nicht blos auf den Zustand von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, sondern auch auf den Zustand von Bewusstlosigkeit.

Es ist daher nicht richtig, wenn Herr *Schäfer* meint: „dieser letzte Relativsatz ist nach deutschem Sprachgebrauch eine unmittelbare, nähere Begriffsbestimmung für das vorhergehende Substantivum: Störung der Geistesthätigkeit". Abgesehen von „dem deutschen Sprachgebrauch", nach dem sich „welchen" auf Zustand beziehen muss und dieses Substantivum zu den Genitiven: Bewusstlosigkeit und krankhafter Störung der Geistesthätigkeit gehört, sagt *Schwartze* in seinem Commentar zum deutschen Strafgesetzbuch [2]) ausdrücklich: „Auf jeden dieser beiden Zustände (Bewusstlosigkeit und krankhafte Störung der Geistesthätigkeit) beziehen sich die folgenden Worte: „durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war".

Ferner ist auch in einer Entscheidung des Reichsgerichts vom 16. Jan. 1882 [3]) ausdrücklich von einem Zustande von Bewusstlosigkeit, welcher jede freie Willensbestimmung ausschliesst, die Rede.

Ja noch mehr; ich werde weiterhin zeigen, dass sich jener Relativsatz nach der Entstehungsgeschichte und den Commentaren zum Strafgesetzbuch vorzugsweise auf den Zustand von Bewusstlosigkeit, viel weniger auf den Zustand von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit bezieht.

Nicht besser, wie mit der Auslegung des § 51, steht es mit dem angeblich beweisenden Falle des Herrn *Schäfer;* ich muss auf denselben hier kurz eingehen, weil die meiner Ansicht nach durchaus unrichtige Beurtheilung desselben leicht die Gerichtsärzte veranlassen könnte, jenes Gutachten

---

[1]) *Eulenberg*'s Viertelj. 1885. XLII. p. 57 u. 271.
[2]) p. 223, 1884; auch im Gerichtssaal 1881, p. 432.
[3]) Entscheidungen des Reichsgerichts, V, p. 338.

Digitized by Google

als den Anschauungen der Psychiatrie überhaupt entsprechend zu betrachten.

Es handelt sich um eine 34jährige Frau, deren Vater stumpfsinnig war, deren Schwester schwermüthig ist. Im Alter von 20 Jahren bekam sie epileptische Krämpfe, mit denen sich seit etwa 4 Jahren periodisch tobsüchtige Aufregung, Gesichts- und Gehörshallucinationen verbanden. Nach der Beobachtung von Herrn *Westphal* in der Charité hatte sich nach den Krampfanfällen Verwirrtheit mit Angriffen gegen Mitpatientinnen gezeigt. In der Zwischenzeit zwischen den Krampfanfällen war sie zu Zornausbrüchen geneigt, querulant und mit einer Gefühlslähmung der linken Körperhälfte behaftet.

In Lindenburg bei Cöln, wo sie 1882 war, hatte sie einen Zustand postepileptischer Tobsucht, in der Zwischenzeit zwischen zwei Anfällen war sie schwer besinnlich und verwirrt.

In der Zeit zwischen ihrem Aufenthalt in Irrenanstalten befand sie sich im Gefängniss. Im Krankenhause von Geseke war sie frech, tobend, hat Douchen wie Nahrungsentziehung mit „unbegreiflicher" (sic! dem Sachverständigen wohl begreiflicher) Gemüthsruhe ertragen, drohte mit Selbstmord und machte einen Versuch, sich zu erhängen.

Sie führte dann 1883 mit ihrem Mann einen Raub aus, und kam aus der Untersuchungshaft nach der Irrenanstalt Lengerich. Dort traten innerhalb 5 Wochen 8 epileptische Anfälle auf. Gleichzeitig bestand Hemianaesthesia sinistra, „übermässige Eindrucksfähigkeit und Reizbarkeit". Von der incriminirten Handlung wollte sie nichts wissen, gab aber zu, dass sie dieselbe begangen haben könnte.

Ueber den Zustand des Gedächtnisses und der Intelligenz ist Näheres in dem Gutachten nicht angegeben. Die angeführten Thatsachen dürften aber wohl genügen, um nachzuweisen, dass bei der seit 14 Jahren an Epilepsie leidenden Frau die Psyche in den Intervallen nicht intact geblieben war, dass es sich um einen Zustand von chronischer epileptischer Geistesstörung handelt. Es beweist sicher gegen die Geistesstörung nichts, wenn nachgewiesen wird, dass die Angeklagte hier und da oder öfter bewusst die Unwahrheit sagte, das „Lügen" gehört bekanntermaassen bei epileptischen und hysterischen Personen zu den Krankheitssymptomen.

Die Angeklagte demonstrirte in der Schwurgerichts-Verhandlung ihren Zustand noch ad oculos. Erst war sie ruhig, allmälig wurde sie gereizter, fuhr plötzlich auf, um den Redenden in's Wort zu fallen, dann trat ein ausgebildeter epileptischer Anfall ein. „Als sie zu sich kam, benutzte sie die Gelegenheit, vollständige Unbesinnlichkeit vorzutäuschen, indem sie die Aerzte mit Du anredete und allerlei durchsichtige Faxen machte."

Dass eine Epileptische unmittelbar nach einem schweren Anfall in dieser Weise simuliren könne, wird Herr *Schäfer* wohl kaum zu beweisen im Stande sein, und ich bin überzeugt, ohne Herrn *Schäfer* hätten die Geschworenen unter dem Eindruck des Zustandes der Angeklagten das richtige

Digitized by Google

Urtheil, nämlich die Freisprechung, gefunden. Dass der eine Sachverständige, Herr *Laudahn* (Lindenburg), der die Kranke in seiner Anstalt beobachtete, sie für geisteskrank (psychischer Degenerationszustand) erklärte, nimmt nicht Wunder, ebensowenig dass drei practische Aerzte, die ja bei dem Mangel an Vorbildung auf der Universität, selbstverständlich mit Ausnahmen, wohl in dieser Specialität kaum als Sachverständige zu betrachten sind, sie für gesund erklärten, wohl aber muss in hohem Grade befremden, dass Herr *Schäfer* als langjähriger Psychiater zu folgendem Gutachten, das, wie ich meine, dem Inhalte nach psychiatrisch, der Form nach gerichtlich nicht zu rechtfertigen ist, kam:

> Die Frau P. ist krankhaften Störungen ihres Nerven- und Geisteslebens unterworfen, die für gewöhnlich ihre Zurechnungsfähigkeit erheblich vermindern, und
>
> sie befand sich ausserdem zur Zeit der incriminirten That möglicherweise in einem maniakalischen Aufregungszustand, welcher ihre freie Willensbestimmung im Sinne des Gesetzes aufhob. —
>
> Sie wurde zu 2 Jahr Zuchthaus verurtheilt.

Der Fall, der nach Herrn *Schäfer* beweisen soll, dass der Arzt die freie Willensbestimmung in den Bereich seiner Untersuchung ziehen soll, beweist im Gegentheil, wie gefährlich es ist, wenn der Arzt sein sachverständiges Gebiet verlässt. Wäre es nicht ein forensischer Fall gewesen, so würde, wie ich glaube, Herr *Schäfer*, und zwar mit Recht, kein Bedenken getragen haben, die Frau als epileptische Geisteskranke bis an ihr Lebensende in der Anstalt der Freiheit zu berauben, weil sie geisteskrank und gemeingefährlich sei.

Aber Herr *Schäfer* meint, dass „unter den Aerzten wohl kein Zweifel darüber sei, dass es Zustände giebt, wo die geistige Thätigkeit gestört ist, ohne dass die freie Willensbestimmung wesentlich beeinträchtigt oder aufgehoben wird". Die freie Willensbestimmung selbst nennt er eine psychische Function. Ich habe nicht die Absicht, hier auf den Begriff der freien Willensbestimmung irgend wie näher einzugehen, ich glaube aber nicht, dass die alte Trigolie der Seele in Gefühls-, Erkenntniss-, Willensvermögen noch viele Anhänger unter den Psychiatern hat; die krankhaften Störungen des Willens (Abulie, Hyperbulie), die man früher als coordinirt den Störungen der Gefühle, der Intelligenz erachtete, sind, wie ich glaube, mit vollem Rechte aus der Semiotik der Psychosen verschwunden. Die klinische Untersuchung sucht die Veränderungen der inneren Sinneswahrnehmung, des Fühlens und Denkens festzustellen, und bemüht sich, aus diesen, nicht aus einer Veränderung des Wollens, die Entstehung der abnormen Handlungen nachzuweisen.

Hat doch auch die moderne Psychologie (cf. die Willensbestimmungen und ihr Verhältniss zu den impulsiven Handlungen von *Spitta*, Tübingen 1881, p. 15) das „Wollen" aus dem Grundvermögen der menschlichen Seele gestrichen und es zu einer secundären Erscheinung gemacht, die vom Vorstellen und Fühlen zu Stande gebracht wird!

Digitized by Google

Wenn nun aber schon über das Wollen keine Einigkeit herrscht, wie jener Dissens des Herrn *Schäfer* zeigt, so noch viel weniger über den freien Willen.

Nicht blos jeder Psychiater, jeder Arzt, sondern auch jeder Richter, wie jeder Staats- und Rechtsanwalt, endlich auch jeder Geschworene hat sein philosophisches System darüber, jeder dünkt sich hinreichend sachverständig über diesen Punkt, zu dem Keiner Vorstudien für nothwendig hält: Was freier Wille ist, das sagt der sogenannte gesunde Menschenverstand klipp und klar.

Was aber ist unter krankhafter Störung der Geistesthätigkeit zu verstehen?

Die wissenschaftliche Deputation des Preussischen Ministeriums hatte krankhafte Störung der Geistesthätigkeit statt Geisteskrankheit vorgeschlagen, weil der erstere Begriff umfassender ist, und man unter ihm auch Fieberdelirium, Zustand der Gebärenden u. s. w. subsumiren kann. Krankhafte Störung der Geistesthätigkeit kann also sein a) Geisteskrankheit, b) vorübergehende secundäre Störung der geistigen Thätigkeit durch anderweitige körperliche Anomalien.

Weitaus in der grossen Mehrzahl der Fälle handelt es sich in den forensischen Gutachten um die Frage, ob Geisteskrankheit oder nicht.

Wie verhält sich Geisteskrankheit zum Ausschluss der freien Willensbestimmung?

Man mag nun diesen „freien Willen" definiren oder auffassen wie man will; der Satz des Herrn *Schäfer*, dass Geisteskrankheit ohne Ausschluss der freien Willensbestimmung einhergehen könne, ist psychiatrisch nicht zu rechtfertigen. Herr *Schäfer* citirt Beispiele: „Apoplektiker mit Intelligenzdefect, mit oder ohne Aphasie, originär Schwachsinnige mässigen Grades."

Unzweifelhaft sind solche Personen geisteskrank, und dass wenigstens für die deutschen Psychiater geisteskrank und unzurechnungsfähig identisch ist, d. h. also nach der Definition des § 51 Geisteskrankheit mit Ausschluss der freien Willensbestimmung zusammenfällt, darüber kann nach den langen Verhandlungen über diese Frage kein Zweifel sein.

Vom Jahre 1858—1865 wurde fast alljährlich auf den Versammlungen der deutschen Irrenärzte hierüber discutirt, und das Ende dieser Discussionen war die Annahme der *Jessen*'schen Thesis 13 im Jahre 1865 in Hildesheim, die folgendermaassen lautet:

„Jeder Geisteskranke ist dem bürgerlichen Gesetz gegenüber zurechnungsunfähig."

In demselben Sinne sprach sich auch *Skrzeczka*, der bei dem vorbereitenden Gutachten für den § 51 in der wissenschaftlichen Deputation betheiligt war, aus, als er bei der Discussion in der Berliner med. psychol. Gesellschaft[1]) erklärte:

Uebrigens ist auch jeder Geisteskranke des freien Willens beraubt,

[1]) cf. Arch. f. Psych. II. p. 230. 1869.

Digitized by Google

auch wenn eine That scheinbar nicht unter dem Einfluss der Krankheit entstanden ist.

Aber auch die Commentare zum Strafrecht und die Lehrbücher des Strafrechts theilen diese psychiatrische Anschauung.

Schwartze, der im norddeutschen Reichstage Referent über den jetzigen § 51 war, sagt[1]):

Die „krankhaften Störungen der Geistesthätigkeit" umfassen daher auch die Geisteskrankheiten im engeren Sinne, bei denen selbstverständlich die Frage der Zurechnungsfähigkeit durch die Existenz der Krankheit verneint ist.

Berner[2]) erklärt: die Entstehungsgeschichte des § 51 erhebt indess zur Augenscheinlichkeit, dass der Gesetzgeber bei bewiesener Bewusstlosigkeit oder wahrer Geisteskrankheit nicht noch einen besonderen Beweis der Unfreiheit zur Annahme der Zurechnungsfähigkeit fordert.

„Sobald der Beweis geführt ist, dass der Thäter zur Zeit der That geisteskrank war, ist das Strafverfahren einzustellen."

Nach diesen Ausführungen könnte es scheinen, als ob überhaupt kein wirklicher Dissens zwischen Aerzten und Juristen bestände, und dass der Zusatz des Ausschlusses der freien Willensbestimmung lediglich eine Formalität sei in dem Falle, wenn von dem Sachverständigen Geisteskrankheit nachgewiesen sei. Thatsächlich liegt die Sache allerdings ganz anders. Bei dem Mangel psychiatrischer Kenntnisse unter den Juristen und selbstverständlich auch bei den Geschworenen und bei den verkehrten Anschauungen, die über Geisteskrankheit überhaupt herrschen (ein eclatantes Beispiel dafür hat uns in Berlin erst wieder der Staatsanwalt im Process Graef gegeben), wird öfter das Vorhandensein der Geisteskrankheit in erster Reihe bezweifelt. Der Instanzrichter hat aber die Frage nach der Ausschliessung der freien Willensbestimmung selbständig zu lösen, er ist dabei weder an frühere Entscheidungen des Civilrichters (Blödsinnigkeitserklärung), noch an das Gutachten zu vernehmender Sachverständiger gebunden. (Ober-Tribunalsentscheidung, October 1868. R. d. O. IX. 546. Strafprocessordnung § 261.) Je strenger der ärztliche Sachverständige lediglich sich auf ärztlichem Gebiete hält, je mehr er psychologische Deductionen vermeidet, um so wirkungsvoller wird sein Gutachten sein, da sich der Richter dem Einflusse einer streng wissenschaftlichen Deduction schwer wird ganz entziehen können.

Im Uebrigen ist jener Zusatz, wie sich aus den Vorverhandlungen ergiebt, entstanden dadurch, dass man zwar dem Drängen der Aerzte (auch der wissenschaftlichen Deputation) nachgeben und das Moment der Krankheit in den betreffenden Paragraphen hineinbringen wollte, dass man aber auch die Besorgniss hatte, dass, wenn man lediglich die Krankheit resp. die Geisteskrankheit als entscheidend für die Unzurechnungsfähigkeit hinstellte, die

[1]) Gerichtssaal 1881. 33. p. 436.

[2]) Strafrecht p. 128.

Digitized by Google

Aerzte eine zu präponderirende Stellung einnehmen würden. Der Zusatz des „Ausschlusses der freien Willensbestimmung" sollte dem Richter die Möglichkeit geben, ohne die Autorität des ärztlichen Gutachtens herabzusetzen, zu sagen, der Angeschuldigte litt zwar zur Zeit der Begehung der Handlung nach dem Ausspruch der Aerzte an krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, dieselbe war aber nach der Feststellung des Richters nicht eine derartige, dass durch dieselbe die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Dem entspricht auch vollständig folgender Satz in den Motiven zum § 51 (damaligen § 49)[1]:

Bei der gewählten Fassung des Paragraphen hat man zugleich mit den Schlussworten desselben ausdrücken wollen, dass die Schlussfolgerung selbst, nach welcher die freie Willensstörung in Beziehung auf die Handlung ausgeschlossen war, Aufgabe des Richters ist.

Nun ist zwar bei der dritten Berathung (52. Sitzung) auf Antrag des Herrn *v. Saltzwedel* das „in Beziehung auf die Handlung" gestrichen worden, nachdem noch in zweiter Lesung (16. Sitzung) der Antrag der Herren *Nasse*, *Richartz* und *Pelman*, die dasselbe wollten, abgelehnt worden war, aber nach der Auffassung, die in den Motiven enthalten ist und wie sie auch von dem Referenten *Schwartze* vertreten war, wird durch den Wegfall jener Worte an der Aufgabe, die dem Sachverständigen zufällt, und der, die dem Richter obliegt, nichts geändert.

In demselben Sinne äussert sich *Berner* (l. c. p. 123):

Der Schluss, den der Arzt aus dem Seelenzustande auf die Zurechnungsfähigkeit zieht, unterliegt, weil er wesentlich zur Rechtsprechung gehört, und einen strafrechtlichen Begriff betrifft, der sorgfältigen Controle des Richters. Der Arzt brauchte ihn in seinem Gutachten gar nicht zu ziehen, konnte dasselbe vielmehr auf den Seelenzustand beschränken, ebenso wie er sich bei Tödtungen auf die Feststellung des Causalzusammenhangs beschränken und die davon wohl zu unterscheidende Zurechnungsfrage, gänzlich dem Richter überlassen kann.

Ferner *Schütze*[2]: Dem Begutachter ist nur die Vorfrage vorzulegen, ob ein abnormer Geisteszustand oder geistige Unreife bestehe bezw. bestanden habe, niemals aber die Frage, ob der Angeschuldigte zurechnungsfähig. Das Gericht hat da selbständig zu prüfen, inwieweit das Gutachten die Ueberzeugung bewirken könne, dass jener abnorme Geisteszustand vorgelegen, und daraus nach rein strafrechtlichen Erwägungen den Schluss zu ziehen, ob Unzurechnungsfähigkeit anzunehmen sei oder nicht.

Aus all diesen Erwägungen ergiebt sich in Bezug auf das Verhältniss von Geisteskrankheit und Ausschluss der freien Willensbestimmung Folgendes:

---

[1]) Stenograph. Ber. des Reichstags, Nordd. Bundes 1870. Anlage 3. p. 57.

[2]) Lehrbuch des Deutschen Strafrechts, p. 71. 1874.

Digitized by Google

1) Die freie Willensbestimmung ist kein medicinischer Begriff, der Arzt ist als Sachverständiger nicht in der Lage, über Bestehen oder Ausschluss derselben Auskunft zu geben.

2) Versteht man unter freier Willensbestimmung, resp. setzt man dafür lediglich die Thatsache, dass Handlungen aus einem Kampfe sich associirender und contrastirender Vorstellungen hervorgehen können, so ist es als eine allgemein angenommene Thesis der Psychiatrie zu betrachten, dass Geisteskrankheit einen in normaler Weise sich vollziehenden Widerstreit zwischen jenen Vorstellungen (also freie Willensbestimmung) ausschliesst.

3) Der Gesetzgeber hat durch die Motive zum § 51 seinen Willen, hervorragende Rechtslehrer haben durch ihre Commentare zum deutschen Strafgesetzbuch ihre Ansicht dahin ausgesprochen, dass der Relativsatz „durch welchen seine freie Willensbestimmung aufgehoben war" nicht von dem sachverständigen Arzt zu beantworten sei.

Aber die Definition der Unzurechnungsfähigkeit im § 51 umfasst nicht blos die Geisteskrankheiten, sondern auch eine Reihe anderer Zustände von „krankhafter Störung der Geistesthätigkeit" und ausserdem Zustände von „Bewusstlosigkeit". Was die ersteren betrifft, so war oben davon schon die Rede.

Den „Zustand von Bewusstlosigkeit" hatte man hinzugefügt, um auch Zustände von Trunkenheit, Schlaftrunkenheit, Nachtwandeln, hochgradigen Affect, Zorn, Angst, Furcht[1]) berücksichtigen zu können, Zustände, die z. Th. sich schwer oder gar nicht unter krankhafter Störung der Geistesthätigkeit subsumiren lassen. Es sollte damit übrigens nur eine Bewusstlosigkeit gemeint sein, durch welche weder das Selbstbewusstsein noch die Actionsfähigkeit völlig aufgehoben ist, sondern nur eine solche vorübergehende Störung des Bewusstseins, bei welcher immer noch in Frage kommt, ob sie so bedeutend gewesen sei, dass durch sie die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war[2]). Nun ist es unzweifelhaft, dass bei dem grössten Theil der hier in Frage kommenden Zustände z. B. bei der Trunkenheit, beim Affect, bei den Geburtswehen u. s. w. die Frage der Zurechnungsfähigkeit lediglich nach dem Grade, der Höhe jener Störungen sich wird beantworten lassen; dieser Grad kann aber häufig nicht durch den Arzt, sondern muss durch Zeugen festgestellt werden. Der Arzt scheint hier oft kaum nothwendig, ja Herr *Virchow* erklärte bei jener Discussion, dass man überhaupt in der wissenschaftlichen Deputation gemeint habe, bei der Beurtheilung jener fraglichen Zustände von Bewusstlosigkeit brauche man überhaupt keinen Arzt als Sachverständigen zuzuziehen; eine Meinung, mit der ich allerdings nicht ganz übereinstimme, da auch bei der Beurtheilung derartige Zustände in vielen Fällen psychiatrische Kenntnisse erforderlich sind. Ich möchte nach dieser Richtung hin hier nur beiläufig den Zustand der Trunkenheit er-

[1]) cf. *Olshausen*, Strafgesetzbuch p. 212.

[2]) cf. *Schwartze*, Gerichtssaal 1881, p. 432.

Digitized by Google

wähnen. Hier könnte der Richter einfach aus der durch Zeugenaussagen festgestellten Menge des genossenen Alkohols z. B. nach seinen subjectiven Erfahrungen entscheiden, ob der Angeschuldigte bewusstlos gewesen oder nicht, während wir wissen, dass unter besonderen Umständen sehr kleine Mengen Alkohol Zustände von Bewusstlosigkeit herbeiführen können.

Der Relativsatz „durch welchen seine freie Willensbestimmung" ausgeschlossen war, bezieht sich demnach vorzugsweise auf Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, so weit die letztere keine eigentliche Geisteskrankheit darstellt.

Dem entspricht auch die Stelle bei *Olshausen* (Strafgesetzbuch p. 212): „Durch den Zusatz „freie Willensbestimmung" ist gerade der Begriff der Bewusstlosigkeit näher motivirt" und bei *Berner* (l. c. p. 128): „Dagegen liegt die Directive in den Worten „durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war" in den Fällen, wo keine eigentliche Geisteskrankheit vorhanden (Fieberdelirien, Gebärende u. s. w.).

Wenn nach dem Gesagten es den Anschein hat, als ob die Fragestellung, die der Richter für den Arzt zu formuliren hat, so einfach gegeben ist, muss es Wunder nehmen, dass trotzdem in der Praxis, wie Herr *Liman* in jener Discussion hervorgehoben hat, seitens der Gerichtspräsidenten anders verfahren wird und von dem Sachverständigen auch die Beantwortung der Frage nach dem Ausschluss der freien Willensbestimmung verlangt wird.

Es beruht dies, wie ich glaube, auf der Unkenntniss der Richter über die Entstehungsgeschichte des § 51, und es scheint mir viel sachgemässer zu sein, den Richter auf die ärztlichen und juristischen Gründe aufmerksam zu machen, aus denen der Sachverständige die Beantwortung jener Frage ablehnt, wie es thatsächlich die wissenschaftliche Deputation unter Vorsitz eines Juristen ausführt, als sich dem unberechtigten Verlangen zu fügen. Dass die Richter sich schliesslich die Beantwortung der betreffenden Frage gefallen lassen, zeigt ebenfalls das Beispiel der wissenschaftlichen Deputation, deren Gutachten — ohne Beantwortung des Relativsatzes — bisher nicht beanstandet worden sind.

Ich möchte aber bei dieser Gelegenheit noch darauf aufmerksam machen, dass Ausdrücke, wie „geisteskrank im Sinne des Gesetzes" oder „verminderte Zurechnungsfähigkeit", welche in den oben erwähnten Gutachten gebraucht worden sind, durchaus zu verwerfen sind. Was den ersteren Ausdruck betrifft, so giebt es weder eine gesetzliche noch eine ungesetzliche Geisteskrankheit, sondern es giebt nur eine Geisteskrankheit, deren Wirkung auf die rechtliche Stellung des Kranken zu entscheiden, ausserhalb der Competenz des Arztes liegt; was den zweiten Ausdruck aber betrifft, so darf allerdings wohl der Richter bei einem gerichtlichen Sachverständigen soviel Kenntniss der Materie voraussetzen, dass er weiss, dass das deutsche Strafgesetz eine verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht kennt. Ist es meiner Ansicht nach schon zu verwerfen, dass der Arzt sich überhaupt über Zurechnungsfähigkeit ausspricht, so ist es noch viel weniger zu rechtfertigen:

Digitized by Google

verminderte Zurechnungsfähigkeit als vorhanden zu behaupten. Will der Arzt gewisse Milderungsgründe bei dem Angeklagten geltend machen, den er nicht für geisteskrank erklären kann, so muss er dies in anderer Form thun und in einer Weise, die dem Richter zur Fragestellung nach mildernden Umständen, soweit dieselben zulässig sind, Veranlassung geben kann. Anderen Falls könnte ein mit der Entstehung des § 51 vertrauter Gerichtspräsident dem Sachverständigen sofort das Wort entziehen, indem er sich die Motive des § 51 aneignet: Der Gerichtsarzt hat zunächst zu untersuchen, ob Krankheit (Geistesstörung) vorhanden war oder nicht, in welch letzterem Falle er sich aller weiteren Erörterungen zu enthalten hat.

Es handelt sich im Uebrigen bei diesen Fragen durchaus nicht um etwa formelle Dinge, sondern es sind Fragen von eminentester practischer Bedeutung. Ein Arzt, der sich vor Gericht anmaasst, über „Zurechnungsfähigkeit", „verminderte Zurechnungsfähigkeit" u. s. w. zu entscheiden, verkennt seine Stellung und macht sich und seinen Collegen die so schon ungemein schwierige Stellung des gerichtlichen Sachverständigen bei zweifelhaften Geisteszuständen noch schwieriger.

Die Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit ist kein medicinischer, sondern ein strafrechtlicher Begriff, und es bedarf wahrscheinlich nur eines Blickes auf eine nicht lange hinter uns liegende Zeit, um zu erkennen, welche Nachtheile für das Ansehen der Aerzte wie für das Geschick ihrer Clienten es mit sich führt, wenn die Aerzte sich anschicken, die Geschäfte des Richters besorgen zu wollen.

Eine Discussion findet nicht statt.

Dr. *Witkowski*-Hördt i./E., Zur klinischen Psychiatrie.

Es ist noch nicht lange her, dass eine weit verbreitete Ansicht die meisten Psychosen auf einen gemeinsamen Verlaufstypus zurückführen zu können meinte, zu dessen Wesen eine anfänglich nur das Gemüth und erst secundär den Geist betreffende Störung gehörte. Gegen diese Einseitigkeit ist eine gesunde Reaction eingetreten, mit deren Hülfe wichtige Fortschritte in der klinischen Erkenntniss herbeigeführt wurden. Aber nach Art der meisten Reactionen hat auch diese nicht immer das richtige Maass innegehalten, sondern in mehrfacher Beziehung einen Excess an Stelle des anderen gesetzt. Schrieb man früher dem Gemüth eine übergrosse Rolle zu, so drängt man es jetzt ungebührlich in den Hintergrund; die einst wahrhaft hypertrophische Melancholie ist nun bald in Gefahr von der übermächtig werdenden Verrücktheit erdrückt zu werden. An Stelle der angeblichen Einheitlichkeit des Irreseins ist eine schroffe Sonderung getreten, die sich wohl in der Theorie aufrecht erhalten, aber nicht für die Mannigfaltigkeit der practischen Erfahrungen durchführen lässt.

Ich habe in dieser Sache bereits vor 9 Jahren [1]) feste Stellung genommen,

[1]) Berl. klin. Woch. 1876. Es sei mir gestattet, dieses Selbstcitat zu

Digitized by Google

gerade in der Zeit, wo der Uebergang von der älteren zu der neueren Anschauungsweise bevorstand. Auf Grund statistischer Nachweise konnte ich die Constanz des sog. melancholischen Anfangsstadiums der Geisteskrankheiten, eines Eckpfeilers der früheren Meinung, widerlegen und die Gründe darlegen, aus denen die alte Ansicht ihre Nahrung schöpfte. Indem ich aber gleichzeitig das von mir benutzte Krankenmaterial einheitlich zu classificiren suchte, überzeugte ich mich von der Existenz eines Grenzgebietes zwischen Melancholie und Verrücktheit, wofür ich den übrigens nicht ganz neuen Namen melancholische Verrücktheit vorschlug. Damit sollte selbsredend nur der äusserlichen Besonderheit des Krankheitsbildes Rechnung getragen, dagegen durchaus Nichts über die dunkle Genese oder den ursächlichen Zusammenhang der Erscheinungen ausgesagt werden.

Der durchgehende Grundvorgang der Verrücktheit ist immer Fixirung von Wahnideen mit Neigung zur Systematisirung. Daneben aber können einzelne Erscheinungen zeitweilig oder dauernd so in den Vordergrund treten, dass sie in der Bezeichnung eine besondere Berücksichtigung verdienen und man von einer hallucinatorischen, hypochondrischen, stuporösen, melancholischen Verrücktheit sprechen kann. Alle diese Formen schliessen sich nicht etwa untereinander aus, sondern können neben und nach einander existiren. So giebt es z. B. eine illusionäre Verrücktheit, bei der die Gehörstäuschungen und hypochondrischen Klagen zu Gunsten ausgedehnter Personen- und Sachenverkennung an Bedeutung zurücktreten, zugleich aber vorübergehende sowohl wie auch dauernde Depression eine wesentliche Rolle spielen kann.

Die grössere Häufigkeit melancholischer Stimmungen in den Anfangszeiten der Krankheit war eine durchaus richtige und leicht erklärliche Beobachtung. Der Ausspruch *H. Neumann*'s, „wenn irgend ein pathologischer Zustand auf das Seelenleben einwirkt, ist die Wahrnehmung stets unangenehm" gilt zwar keineswegs ausnahmslos, aber doch für viele Fälle. In den ersten Jahren kommen auch bei vorwiegend exaltirt Verrückten heftige Angstanfälle, sowie tief melancholische Phasen und Ideenrichtungen vor, ja

---

zwei historischen Berichtigungen zu benutzen. Erstens nämlich gebührt die erste Stelle in der Geschichte der Verrücktheit *Lasègue*, der bereits im Jahre 1852 das heute im Wesentlichen noch gültige Krankheitsbild als délire des persécutions, allerdings nicht ohne die ihm eigene Neigung zur Schematisirung, mit scharfen Strichen gezeichnet und ausdrücklich das „malaise indéfinissable" im Beginn von der „mélancolie continue" getrennt hat. Zweitens ist *Guislain* nie so weit gegangen wie einzelne deutsche Einheitsvertreter; denn es heisst bei ihm „cet état précurseur ne saurait être toujours qualifié de mélancolie". In der dann folgenden Schilderung spricht er von dem Trübsinn und Schlafmangel, der Verdrossenheit und Scheu psychisch Erkrankender in einer Weise, die zwar nicht für alle, aber doch für viele Fälle durchaus zutreffend ist.

Digitized by Google

scheinen für die Entwickelung gewisser Formen des Grössenwahns nothwendige Vorbedingungen herzustellen. In der späteren Zeit findet man derartige Episoden mehr bei Ueberwiegen des Verfolgungswahns, wo sie sich manchmal ganz unvermuthet und ohne deutliche (auch subjective!) Veranlassung zwischen die gewöhnliche indifferente oder häufiger leicht gehobene Stimmung hineinschieben. Indessen das eigentliche Grenzgebiet von Melancholie und Verrücktheit bilden erst die dauernd Deprimirten, zu denen ein grosser Theil der Verneiner, Zweifler, Behexten, Verdammten, der nicht sterben Könnenden und der bereits „Verfaulten" u. a. mehr gehören. Die Ausbildung dieser bis zu einem gewissen Grade specifischen Ideenrichtungen, ihre Verknüpfung mit anderweitigen Symptomen, die Constanz und Intensität der Verstimmung ist eine so wechselnde, dass hier nirgends eine feste Scheidung möglich erscheint. Indessen ist doch in den meisten Fällen, wie ich schon früher annahm und durch den Namen ausdrücken wollte, die Verrücktheit das Wesentlichere; sie bildet die eigentlich primäre Grundlage des Ganzen, bedingt den partiellen Charakter der Störung, das Stationärbleiben im Verlauf, die Systematisirung, die Beimengung fremdartiger, von der Melancholie durchaus unabhängiger Vorstellungs- und Stimmungselemente. Ob hier später eine genauere Trennung der Krankheitsgruppen möglich sein wird, wage ich nicht zu entscheiden.

Eine ähnliche Wandlung wie zur Melancholie hat die Verrücktheit in ihrem Verhältniss zum Schwachsinn durchgemacht. Früher warf man beide Symptomenreihen einfach zusammen, jetzt bemüht man sich sie ganz scharf auseinander zu halten. War das Erste sicher eine Uebertreibung, so ist das Zweite, wie bereits von anderer Seite hervorgehoben, nur möglich, wenn man die Kranken zu kurze Zeit beobachtet, um den ganzen Verlauf übersehen zu können. In allen Anstalten giebt es ja Fälle von mehr partieller und stationärer Verrücktheit (besonders bei vorwaltendem Verfolgungswahn), bei denen die Intelligenz lange Zeit hindurch einen relativ hohen, wenn auch immerhin bereits sehr wechselnden Grad behauptet. Von hier aus aber führen die mannigfachsten Uebergänge zu den Formen der sich verallgemeinernden progressiven Verrücktheit, bei der Zerfall des Systems, Verwirrtheit, Unselbständigkeit, Unreinlichkeit, geistige Verödung früher oder später deutlich hervortreten und sich bis zu den tiefsten Graden des Blödsinns steigern können. Man ist oft sehr erstaunt, anscheinend ganz Verblödete bei besonderen Gelegenheiten wie Besuchen, Streitigkeiten, Festen, Fluchtversuchen noch recht wohl erhaltene Bruchstücke ihres alten Wahngebäudes äussern zu hören. Meist wird man den bevorstehenden geistigen Zerfall allerdings schon frühzeitig vorhersagen und so die verschiedenen Formen der Verrücktheit prognostisch unterscheiden können; aber man muss dabei doch auch auf gelegentliche unangenehme Ueberraschungen gefasst sein und darf nicht vergessen, dass die continuirlichen Uebergänge eine genaue Abgrenzung in keiner Weise gestatten. Dazu kommt, dass sehr oft auch bei den im engeren

Digitized by Google

Sinne des Wortes (z. B. originär) Schwachsinnigen Ansätze zu klareren oder dunkleren Wahnbildungen sich finden, die gleichfalls einen sehr verschiedenen Grad von Durchführung und systematischer Gruppirung erreichen. Die Wahnideen bei psychischer Schwäche sind durchaus nicht immer, wie kürzlich behauptet wurde, „absurd und dürftig", sondern man begegnet gerade hier nicht selten einer ähnlichen schöpferischen Productionskraft wie sie bei vielen Paralytikern sich zeigt. Also auch hier flüssiger Uebergang, nirgends scharfe Grenzen.

Um die Schwierigkeiten einer consequenten Classification der Psychosen in's rechte Licht zu setzen, möchte ich schliesslich auf zwei wichtige Gesichtspunkte hinweisen. Der erste ist der ätiologische. Bekanntlich legen gerade die häufigsten und sichersten Krankheitsursachen wie Erblichkeit, Trauma, Senium oft erbarmungslos Bresche in unser System. Der Alkohol erzeugt nicht nur die verschiedenen bekannten Krankheitsbilder, sondern auch schwer zu rubricirende Mischformen. Man hat neuerdings viel über das sog. Pubertätsirresein geschrieben; ich glaube nicht, dass man dasselbe auf eine einheitliche Verlaufsart reduciren kann. Wenn aber eine Krankheitsform diesen Namen besonders verdient, so ist es ein eigenthümliches Durcheinander von wechselndem, gewöhnlich aber vorwiegend traurigem Affect, hallucinatorischer oft nur rudimentärer Wahnbildung und raschem, manchmal absatzweise erfolgendem, Verfall in Schwachsinn sehr verschiedenen Grades. Hier künstliche Schranken errichten zu wollen, hiesse absichtlich den Weg für den Fortschritt der Erkenntniss versperren oder doch verlegen.

Der zweite zu beachtende Punkt ist die Analogie mit sonstigen Gehirnkrankheiten. Wie unter mehr oder weniger heftigen Krämpfen und Schmerzen sich Lähmungen und Anästhesien verschiedener Ausdehnung und Ausbreitung entwickeln, so tritt bei den meisten chronischen Geisteskrankheiten eine zunehmende geistige Schwäche ein, die das Wesentliche der Krankheit darstellt und zu der die Delirien, Wahnbildungen, Affecte u. s. f. sich wie Reizerscheinungen verhalten. Sie können eine Zeit lang die „Ausfallerscheinungen" verdecken; später aber treten die letzteren immer deutlicher hervor und beherrschen mehr und mehr das Krankheitsbild. Immer entschiedener hat sich mir im Laufe der Jahre die Ueberzeugung aufgedrängt, dass bei der Mehrzahl der chronischen Psychosen der Schwachsinn nicht, wie auch ich früher annahm, das Secundäre, sondern das Primäre, die eigentliche Grundlage der Krankheit ist. Je vollständiger man den ganzen Verlauf übersieht, um so klarer tritt dies Verhältniss gewöhnlich hervor. Von diesem Standpunkt aus wird man sich nicht mehr wundern, einem grossen Wechsel und mannigfachen Combinationen in der Gruppirung der Reizerscheinungen zu begegnen. Der neuerdings aufgekommene Name „combinirte Psychosen" erscheint mir allerdings wenig zweckmässig; denn er setzt eine nicht haltbare ontologische Krankheitsauffassung voraus und umgrenzt nicht eine irgendwie homogene und zusammen-

Digitized by Google

gehörige Gruppe von Processen. Aber die richtige Erkenntniss lag seiner Entstehung zu Grunde, dass neben den reinen Typen der Theorie eine Fülle von Mischfällen zur Beobachtung gelangt, die grösstentheils durch das einigende Band der geistigen Schwäche zusammengehalten werden. Es fällt Niemand ein, die Unterschiede zwischen Hysterie und Epilepsie hinwegleugnen zu wollen, obgleich sehr viele Beobachter überzeugt sind, dass nicht selten Fälle vorkommen, denen man so gut den einen wie den anderen Namen beilegen kann. Ich hoffe durch diese kurzen Ausführungen dazu beizutragen, dass ein ähnliches Verhältniss zwischen den psychischen Syndromen Platz greife.

Krafft-Ebing bedauert, dass die vorgeschrittene Zeit eine Discussion unmöglich mache. Bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Melancholie und Verrücktheit bemerkt er, dass dieselbe oft erst durch längere Beobachtung ermöglicht werde. Der Uebergang von Verrücktheit in Blödsinn finde sehr rasch statt bei belasteten Individuen, bei denen Masturbation oder Aehnliches die Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit gegeben. In anderen Fällen könne Verrücktheit ohne Eintritt erheblicher Geistesschwäche lange Jahre bestehen, wie in einem Falle seiner Beobachtung 50 Jahre.

Als neue Mitglieder traten in den Verein ein[1]):

314. *Otto Feldbausch*, Assist. der Irrenanst. in Pforzheim.
315. *Knecht*, Oberarzt u. stellv. Dir. der Irrenanst. zu Colditz.
316. *Liman*, Geh. Med.-Rath u. Prof. der gerichtl. Med. in Berlin.
317. *F. A. Nissl*, Assistenzarzt der Kreisirrenanst. zu München.
318. *W. Preyer*, Professor der Physiologie in Jena.
319. *Stählinger*, 3. Arzt der Irrenheilanst. Heppenheim.
320. *Wükowski*, 2. Arzt der Irrenanst. Hördt im Elsass.

[1]) Vgl. Bd. XXXI, Suppl. S. 66. XXII 208, 450. XXIV 720. XXV 61. XXVI 706. XXIX 473. XXX 578. XXXIII 59. XXXIV 108. XXXV 520. XXXVI 678. XXXVII 572. XXXVIII 728. XXXIX 677. XLI 646.

Digitized by Google

Literatur.

Kriegs-Psychosen als Kapitel X des 7. Bandes vom Sanitätsbericht üb. d. deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71. Berlin 1885. E. S. Mittler.

Der vor Kurzem erschienene VII. Band des Sanitätsberichtes über die deutschen Heere im Kriege gegen Frankreich 1870/71 erstreckt sich auf die traumatischen, idiopathischen und nach Infectionskrankheiten beobachteten Erkrankungen des Nervensystems. Das zehnte Kapitel dieses Werkes handelt von den Kriegs-Psychosen.

Ein Auszug aus diesem vortrefflichen, von dem Königlich preussischen Kriegsministerium unter Mitwirkung des Bayrischen, Sächsischen und Württembergischen Kriegsministeriums herausgegebenen Werke, welches sich würdig an die betreffenden amerikanischen Sanitäts-Kriegsberichte anschliesst, dürfte um so mehr angezeigt sein, als dasselbe vorläufig noch nicht im Buchhandel käuflich und für alle Kreise zugänglich ist.

In einer Vorbemerkung werden Häufigkeit und allgemeiner Charakter der Kriegs-Psychosen unter Zugrundelegung der hierüber erschienenen Literatur einer kurzen Besprechung unterzogen, der grösste Theil der letzteren ist in dieser Zeitschrift theils erschienen, theils schon früher im Auszuge mitgetheilt worden, so dass dieser Theil hier übergangen werden kann. Zu erwähnen dürfte nur sein, dass die namentlich von *Arndt* auf der Naturforscherversammlung zu Leipzig 1872 ausgesprochene Ansicht, dass psychische Störungen sowohl während der kriegerischen Ereignisse, als namentlich nach Ablauf derselben verhältnissmässig häufig zur Entwickelung und Ausbildung kommen, sich ziffernmässig nicht als völlig einwandsfrei ohne Weiteres beweisen lassen.

Die Kriegsstatistik erstreckt sich auf den Zeitraum vom 16. Juli 1870 bis 30. Juni 1871; während dieser Zeit wurden von der mobilen Preussischen Armee im Ganzen 316 Mann, d. h. 53,5 auf Hunderttausend der durchschnittlichen Kopfstärke wegen Geistesstörung in Lazarethe aufgenommen, im Verhältniss zu Hunderttausend aller mobil Gewordenen macht dies 37,2.

Dass letztere Zahl der in Folge der Kriegsereignisse geisteskrank gewordenen und in Lazarethe aufgenommenen Soldaten nach dem Erscheinen

Digitized by Google

einer Invaliditätsstatistik, auf welche in dem Sammelwerke wiederholt hingewiesen wird, noch erheblich vergrössert werden dürfte, ist anzunehmen, da obige Summe von 316 Mann nur diejenigen Geisteskranken enthält, welche während des oben angegebenen Zeitraumes in Lazarethen Aufnahme fanden, bei einer grösseren Anzahl jedoch ist, wie dies auch in der nachfolgenden Casuistik hervorgehoben wird, die psychische Erkrankung erst später, theilweise auch nach dem Ausscheiden der Betreffenden aus dem Militärdienste, aufgetreten und kann nur zum grössten Theil aus den Invalidenlisten festgestellt werden.

Den Erkrankungen bei der mobilen Armee gegenüber steht eine Zusammenstellung aller während eines 16jährigen Zeitraumes zugegangenen Geisteskranken der Friedensarmee von 1867 bis 1883 mit Ausschluss des Kriegsjahres.

Demnach betrug der Zugang an geisteskranken Soldaten

im	Jahre	1867	im	Ganzen	163	Mann	i. e.	63,4	auf	Hunderttausend
-	-	1868	-	-	131	-	-	52,3	-	-
-	-	1869	-	-	128	-	-	51,5	-	-
-	-	1870/71 (erstes Halbjahr 1870 u. zweites Halbjahr 1871)			232	-	-	65,4	-	-
im	Jahre	1872	im	Ganzen	263	-	-	92,9	-	-
-	-	1873/74	-	-	116	-	-	38,8	-	-
-	-	1874/75	-	-	65	-	-	20,9	-	-
-	-	1875/76	-	-	77	-	-	23,5	-	-
-	-	1876/77	-	-	73	-	-	22,1	-	-
-	-	1877/78	-	-	85	-	-	26,0	-	-
-	-	1878/79	-	-	82	-	-	25,1	-	-
-	-	1879/80	-	-	94	-	-	28,4	-	-
-	-	1880/81	-	-	107	-	-	32,3	-	-
-	-	1881/82	-	-	120	-	-	33,7	-	-
-	-	1882/83	-	-	137	-	-	35,8	-	-
-	-	1883/84	-	-	130	-	-	33,9	-	-

im Durchschnitt jährlich 125 Mann oder 39,9 auf Hunderttausend der Kopfstärke.

Nicht eingeschlossen sind in vorstehenden Zahlen bei beiden Kategorien diejenigen Kranken, bei welchen sich später zu schwereren körperlichen Verletzungen oder Krankheiten ein psychisches Leiden hinzugesellte.

Nach diesem Vergleiche scheint es, dass dem allmäligen Abfallen einer durch den Feldzug 1866 hervorgebrachten Steigerung nach dem Feldzuge 1870/71 eine neue Steigerung gefolgt sei, der Durchschnitt jedoch der Friedensjahre 1867 bis 1869 erscheint nicht geringer, als derjenige für die mobile Armee, es ist jedoch zu berücksichtigen, dass vorstehende Zahlen durch die neue Rekrutirungsordnung im Jahre 1875, wonach von da ab nicht nur bestehende, sondern auch überstandene Geisteskrankheit

Digitized by Google

jedem Militärdienst dauernd untauglich macht, ganz erheblich beeinflusst worden sind.

Nach einer übersichtlichen Zusammenstellung über die Art des Abganges der von 1867 bis 1884 behandelten geisteskranken Soldaten der Friedensarmee ergiebt sich, dass von 1867 bis 1872 etwa 50 pCt., von 1874 bis 1877 etwa 20 pCt. und von 1878 bis 1884 etwa 10 pCt. als geheilt aufgeführt sind, so dass die Annahme gerechtfertigt erscheint, dass in den Jahren 1867 bis 1872 Kranke nach scheinbarer Heilung wiederholt in Zugang gebracht worden sind und Doppelzählungen dadurch nicht vermieden werden konnten.

Es wird hieraus der Schluss gezogen, dass eine mässige Vermehrung der Geisteskranken in der Armee während des Krieges wirklich stattgefunden hat.

Als sicheres Resultat ergiebt sich eine Vermehrung psychischer Störungen als Nachwehen des Krieges in den unmittelbar darauf folgenden Jahren. Dass nicht alle in den Irrenanstalten befindlichen ehemaligen Soldaten des Jahres 1870/71 per se hinsichtlich ihrer Erkrankung auf die Kriegsereignisse zurückgeführt werden können, liegt auf der Hand. Die Gefahr der Ueberschätzung in Bezug auf den Einfluss des Krieges als ätiologisches Moment für Psychosen ist wiederholt in Versammlungen psychiatrischer Gesellschaften betont worden und wird darauf an dieser Stelle hingedeutet.

Was Verlauf und Ausgang der Kriegs-Psychosen anbelangt, so ist ein besonderer Charakter im Vergleiche mit den übrigen Geisteskrankheiten nicht zu verkennen gewesen, und stimmen die Autoren darin überein, dass Form und Prognose dieser Psychosen sich mit der Länge der Zeit mit dem Kriege verschlechtern.

Von den 316 Geisteskranken findet sich nur in 72 Fällen eine bestimmte Diagnose vor und zwar in 44 Fällen Melancholie, in 17 Tobsucht und in 11 Wahnsinn. Nicht unerwähnt darf hier bleiben, dass die Zahl der Selbstmorde während der Kriegsjahre ungemein niedrig war, indem bei der mobilen Armee nur 30 Selbstmorde vorgekommen sind. Die jährliche Durchschnittszahl der Selbstmorde in der Friedensarmee vom Jahre 1874 bis 1882 beträgt nach den officiellen Veröffentlichungen 221.

Die charakteristischen Merkmale der schon während des Feldzuges aufgetretenen psychischen Erkrankungen beruhten in auffallender psychischer Schwäche, partiellen Lähmungen und raschem Uebergang in psychische Erschöpfung, eine Beobachtung, welche *Nasse* schon nach dem Feldzuge 1866 machte; die nach dem Kriege Erkrankten traten grösstentheils von vornherein als Schwächezustände auf.

Beigegeben ist eine Casuistik über 100 mit Ausnahme von zweien bisher noch nicht veröffentlichten Krankengeschichten, bei welchen amtlicherseits ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Entstehung der Psychose und dem Feldzuge angenommen worden ist, und welche zum

Digitized by Google

grössten Theil den Invalidenakten entnommen sind, dieselben sind ihrer Aetiologie nach in vier verschiedene Gruppen eingetheilt.

Die erste Gruppe umfasst die Geistesstörungen nach Verletzungen und zwar wieder in zwei Unterabtheilungen getrennt nach Verletzungen oder Erschütterungen des Kopfes und nach Verletzungen des übrigen Körpers.

Von ersteren finden wir 13 Fälle erwähnt, 4 Schussverletzungen des Kopfes, eine Verwundung des Kopfes durch Säbelhiebe, 8 Gehirnerschütterungen, letztere waren bedingt in je einem Falle durch Prellschuss an den Helm und durch Kolbenschlag, in fünf Fällen durch Sturz mit dem Pferde, in einem Falle fehlt eine nähere Angabe.

Der Form nach gehören zwei der von *Koeppe* beschriebenen Reflexpsychose an, scheidet man die einzelnen Fälle nach der von *Krafft-Ebing* angegebenen Eintheilung, so war 3 mal die Seelenstörung als directe unmittelbare Folge der Verletzung aufgetreten, 6 mal ging nach Einwirkung der Kopfverletzung ein Stadium prodromorum dem Ausbruche der Geistesstörung voraus, zweimal endlich trat die Verletzung nur als Prädisposition zu späterer psychischer Erkrankung auf.

Die Mehrzahl der erwähnten Kranken zeigte Aufregungszustände; Hallucinationen sind fünfmal, ebenso oft Verfolgungsideen verzeichnet, ein Fall entspricht der sogenannten Katatonie.

Der Ausgang erfolgte in 3 Fällen in progressive Paralyse, in 4 in Verblödung, 2 Kranke wurden geheilt, bei zweien ist der Ausgang unbekannt, je ein Kranker wurde als gebessert und ohne Erfolg behandelt. Hereditäre Belastung war nur zweimal constatirt; bei einem Kranken trat nach einer erfolgten Gehirnerschütterung die Psychose erst auf, als bedeutende Eiterung am Unterkiefer und typhöse Erkrankung eingetreten war, zum grössten Theil waren keinerlei die Psychose begünstigenden Momente vorhanden beziehungsweise nachgewiesen.

In der nächsten Unterabtheilung sind 17 Krankengeschichten von geistiger Erkrankung nach Verletzungen, welche nicht den Kopf betroffen hatten, erwähnt, in 13 dieser Fälle waren Verwundungen durch Kriegswaffen und in je einem Falle Verletzung durch Hufschlag und durch eine Schiene vorausgegangen, zwei Erkrankungen folgten auf sogenanntes Verheben mit dadurch entstandenem Leistenbruch und Hodenentzündung. Es betraf sowohl Verletzungen des Rumpfes, als der Extremitäten, Erkrankung des Rückenmarkes war 2 mal vorhanden.

Meistentheils (in 9 Fällen) waren vor der Psychose schwere Verletzungen mit langwieriger Eiterung vorgefallen, in 6 Fällen trat die psychische Erkrankung noch während des ursprünglichen Krankenlagers auf, nur bei vier Kranken war zwischen dem Feldzuge und den ersten Symptomen der Geisteskrankheit ein längerer Zwischenraum.

Bei obigen Fällen traten Exaltationszustände nicht sehr in den Vordergrund, hingegen war auch hier die früh eintretende psychische Schwäche sehr auffallend.

Digitized by Google

Die zweite Gruppe handelt von Geistesstörung nach körperlichen Erkrankungen und enthält 26 Krankengeschichten, ausserdem ist noch wiederholt auf andere bisher noch nicht erschienene Bände des Werkes hingewiesen, so auf die psychischen Störungen im Verlaufe des Typhus und der Pocken im VI. Bande.

10 der aufgeführten Krankengeschichten beziehen sich auf Psychose nach typhöser Erkrankung, im Gegensatz zu der *Kraepelin*'schen Arbeit befinden sich darunter mit grosser Wahrscheinlichkeit zwei Fälle von progressiver Paralyse; 6 weitere folgten auf Ruhr, von letzteren endigte die Hälfte mit Paralyse, ein Fall nach Pockenerkrankung hatte den gleichen Verlauf.

Ferner befinden sich in der Casuistik drei psychische Störungen nach Tuberculose, zwei nach Rheumatismus, je eine nach fieberhaftem Magenkatarrh (?), Herzleiden, Ohrenleiden und Sonnenstich. Die Beobachtung, dass psychische Affectionen durch das Hinzutreten fieberhafter Krankheiten gebessert worden, fand sich in einem Falle von zur Psychose hinzugetretener Lungenentzündung bestätigt.

In der dritten Gruppe werden diejenigen Fälle von Geistesstörung (im Ganzen 14) aufgeführt, bei welchen nach bestimmten geistigen oder körperlichen, nicht in Verletzung oder körperlicher Erkrankung bestehenden Einwirkungen diese Krankheit auftrat. Am häufigsten findet sich darunter Schreck und Vorpostendienst bei Belagerungen, nämlich je fünfmal, in der Erläuterung wird der körperlich und geistig aufreibende Einfluss des entbehrungsreichen und verantwortungsvollen Vorpostendienstes bei länger dauernder Einschliessung beziehungsweise Belagerung fester Plätze ausdrücklich hervorgehoben, und ist deshalb diese besondere Art des Kriegsdienstes von der später vorkommenden Gruppe „Kriegsstrapazen überhaupt" getrennt worden.

In der vierten Gruppe endlich finden wir diejenigen Fälle, bei welchen Geistesstörung ohne nachweisbares Vorausgehen einer bestimmten körperlichen oder geistigen Einwirkung, also lediglich durch Kriegsstrapazen im Allgemeinen aufgetreten ist. Diese Gruppe zählt 30 Krankengeschichten, bei diesen Fällen ist das als charakteristisch für Kriegs-Psychosen bezeichnete — früh eintretende geistige Schwäche und grosser Procentsatz mit Ausgang in Paralyse — in der Mehrzahl aufzufinden.

Im Gegensatze von anderer, früher laut gewordener Ansicht über Kriegs-Psychosen und ihren Antheil an der Invalidenversorgung dürfte nachstehender Abschnitt aus diesem officiellen Werke Berücksichtigung finden und wird deshalb hier wörtlich angeführt:

„Bei der weitaus grössten Zahl derjenigen Heeresangehörigen, bei welchen sich nach dem deutsch-französischen Kriege Irresein eingestellt hat, ist kein bestimmtes Moment zu ermitteln gewesen, welches mit Wahrscheinlichkeit als prädisponirende oder den Krankheitsausbruch bedingende Ursache angeschuldigt werden könnte. Offenbar sind es diese

Digitized by Google

Fälle, bei welchen eine Entscheidung darüber, ob ein causaler Zusammenhang zwischen den Kriegsstrapazen und der psychischen Affection besteht, bei dem Mangel sicherer wissenschaftlicher Grundlagen den grössten Schwierigkeiten begegnet. Für Kranke dieser Kategorie hat demgemäss die Frage, ob es eine eigentliche Kriegs-Psychose giebt, welche an und für sich so ausreichend charakterisirt ist, dass aus der Art und dem Verlauf der Erscheinungen auf ihren Zusammenhang mit dem Kriege geschlossen werden kann, eine sehr erhebliche practische Bedeutung. Dass der Inhalt der Delirien nichts in dieser Richtung beweist, wurde bereits in der Vorbemerkung hervorgehoben, ebenso die Bedenken, welche dagegen obwalten müssen, jede Psychose, welche auf einen Feldzug folgt, ohne Weiteres als durch denselben bedingt zu betrachten. Wenn thatsächlich seitens der Behörden in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle — soweit nicht bestimmte Anhaltspunkte geradezu gegen ein causales Verhältniss sprechen, und soweit bestehende Gesetze es zulassen — ein derartiger Zusammenhang angenommen wird, so liegt diesem Verfahren offenbar häufig mehr eine Rücksichtsnahme auf das Interesse der Kranken und ihrer Angehörigen, als ein wissenschaftlicher Nachweis zu Grunde."

Vorstehende Sätze erklären zur Genüge die Sorgfalt und Rücksichtnahme für die geisteskranken Invaliden des Feldzuges 1870/71.

Die Recapitulation der grösstentheils ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten schliesst mit Nachstehendem.

1) Die Zahl der nachweislich Prädisponirten ist relativ am grössten unter denjenigen Geisteskranken, bei denen lediglich die Kriegsstrapazen überhaupt, nicht bestimmte körperliche oder geistige Einwirkungen als Ursache angenommen sind.

2) Unter den noch während des Krieges Erkrankten befindet sich eine grössere Zahl nachweislich Prädisponirter als unter den später Befallenen, d. h. die Prädisponirten sind im Allgemeinen früher erkrankt.

3) Die verschiedenen Arten des Ausganges vertheilen sich in der Schlusssumme procentlich fast absolut gleichmässig auf prädisponirte und nicht nachweislich prädisponirte Individuen.

Unter den 100 Fällen befanden sich 32 mit und 68 ohne nachweisbare ererbte oder individuelle Prädisposition; von sämmtlichen Fällen verliefen 12 in Heilung, 6 wurden gebessert, 7 gingen in primäre Demenz, 24 in progressive Paralyse und 42 in secundäre Seelenstörung über, bei 9 Fällen blieb der Ausgang unbekannt. Etwaige Bemerkung über tödtlichen Ausgang findet sich in dieser Recapitulation nicht, doch ergiebt sich aus den einzelnen Krankengeschichten dieser Ausgang in 15 Fällen ausdrücklich angegeben.

Während des Krieges selbst bis Ende Juni 1871 trat die Geistesstörung unzweifelhaft hervor in 29 Fällen, von welchen 6 geheilt, 1 gebessert wurde, in unmittelbarem Anschluss an den Krieg während des 2. Halbjahres 1871 in 23 Fällen mit je 2 Heilungen und Besserungen, später in

Digitized by Google

43 Fällen, von welchen nur 4 geheilt und 3 gebessert wurden, hingegen 18 in progressive Paralyse und 14 in secundäre Seelenstörung ausgingen, bei 5 Fällen war die Zeit des Beginnes unbekannt, bei zweien derselben ebenso der Ausgang, geheilt oder gebessert wurde von den drei übrigen kein Fall.

Obige Zahlen illustriren genau das im Vorstehenden über Charakter der Kriegs-Psychosen Gesagte.

Die Fälle von psychischer Epilepsie, ebenso diejenigen Kranken, bei welchen sich in Folge von Epilepsie nach Kopfverletzung geistige Schwäche entwickelte, sowie die Geistesstörungen in Folge traumatischer Epilepsie nach peripherer Verletzung sind in dem Kapitel über Kriegs-Psychosen ausgeschlossen, da in dem gleichen Bande noch zwei besondere ausführliche Kapitel über traumatische und idiopathische Epilepsie enthalten sind, doch ist wiederholt auf die bezüglichen Krankengeschichten in den anderen Kapiteln hingewiesen: eine weitere Besprechung letzterer wird diesseits vorbehalten.

Dass das Werk für die Frage der Kriegs-Psychosen von hervorragender Bedeutung ist, unterliegt keinem Zweifel, ein näheres Eingehen auf die Krankengeschichten hier verbietet der Raum.

Das Werk ist mit grosser Eleganz ausgestattet und bei der rühmlichst bekannten Hofbuchhandlung von E. S. Mittler u. Sohn in Berlin erschienen, der VII. Band enthält 6 lithographische Tafeln, 1 Tafel in Lichtdruck und 33 Zeichnungen im Text und in Quartform X und 481 Seiten.

Stabsarzt Dr. *Fröhlich* in Heidelberg.

Victor Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885. p. 170.

Der durch seine frühere Arbeit (Arch. f. Psych. Bd. XI) über dasselbe Thema bekannte Verf. hat es hier unternommen, seine Erfahrungen und Reflexionen in Form einer Monographie auszuarbeiten. Der uns vorliegende erste Theil bezieht sich im Wesentlichen auf das Gebiet der Pseudohallucinationen, welche Verf. in einem abweichenden Sinne klinisch definirt. Nach eingehender historischer und kritischer Erörterung der bis jetzt dafür gültigen, speciell von *L. Meyer*, *Sander*, *Kahlbaum*, *Baillarger* und am gründlichsten von *Hagen* gegebenen Begriffsbestimmung, geht *Kandinsky* zu seiner eigenen, neuen, über. Er versteht unter Pseudohallucinationen „solche subjective Erregungen gewisser sensorischer Gebiete des Gehirns, welche ganz correcte und sehr lebhafte sinnliche Vorstellungen oder sinnliche Bilder hervorrufen, wobei aber dieselben für das wahrnehmende Bewusstsein sich scharf von den hallucinatorischen Bildern dadurch

Digitized by Google

unterscheiden, dass ihnen der den letzteren eigene Charakter der Objectivität oder der Wirklichkeit fehlt, und sie, im Gegentheil, als etwas subjectiv Entstandenes und doch dabei auch als etwas Anormales, Neues, etwas von den gewöhnlichen sinnlichen Vorstellungen und Phantasiebildern sehr Verschiedenes wahrgenommen werden". Diese Art subjectiver Erscheinungen sind, gleich den Hallucinationen, in jedem sensorischen Gebiete möglich. Dieselben kommen nicht nur bei Geisteskranken, sondern (unter gewissen Bedingungen, z. B. vor dem Einschlafen) auch bei psychisch Gesunden vor. Die klinischen Charaktere der Pseudohallucinationen, vornehmlich in deren Unterscheidung von den gewöhnlichen Erinnerungs- und Phantasiebildern, sind nun: Die pseudohallucinatorischen Bilder sind viel lebhafter und deutlicher, bis in die feinsten Details ausgestaltet; dabei ist die Erscheinung stetig, und wenn ein solches Bild vor dem Verschwinden erblasst, so erblasst es in allen seinen Theilen mit Einem Male; 2) dieselben treten spontan auf, d. h. ohne (oder mit verhältnissmässig nur geringer) Abhängigkeit vom bewussten Willen oder Denken der betr. Person; 3) in der Regel fehlt zwischen den einzelnen pseudohallucinatorischen Erscheinungen jede innere oder äussere Association (eine gewisse Ausnahme bilden hier nur die massenhaften und wechselnden Pseudohallucinationen der acut Verrückten); 4) beim Pseudohalluciniren fehlt vollständig das Gefühl der eigenen inneren Thätigkeit, wenn auch das (hiervon ganz verschiedene) Gefühl des organischen Ergriffenseins noch so lebhaft ausgeprägt ist; 5) bei Geisteskranken, besonders bei Melancholikern und Wahnsinnigen, tragen die Pseudohallucinationen in den meisten Fällen den Charakter des Zwangs an sich, wodurch dieselben dem Kranken oft aufdringlich und recht lästig werden. Den Pseudohallucinationen der Gesunden fehlt dagegen dieses Moment der Zwangsmässigkeit; diese „hypnagogischen Phantasmen" bleiben für das Bewusstsein immer nur Producte einer subjectiven, wenn auch spontanen Phantasiethätigkeit, ihr Erscheinen wirkt daher auch nie erschütternd, wie unangenehm auch deren Inhalt an und für sich sein möge. — Die so umschriebenen und charakterisirten Sinnestäuschungen lassen sich von den wirklichen Hallucinationen nur im Gebiete der zwei höheren (objectiven) Sinne, des Geruchs und Gehörs, scharf unterscheiden. Im Gebiet der übrigen Sinne lässt sich dieser Unterschied schwer erfassen, wenn derselbe auch theoretisch seine ganze Geltung behält (wofür *K.* ein lehrreiches Beispiel aufführt, p. 60). Der folgende Abschnitt ist der Betrachtung der Pseudohallucinationen des Gesichts gewidmet, zunächst bei den Gesunden (vor dem Einschlafen), sodann bei Geisteskranken und Visionären. An einer Reihe von Beispielen wird deren klinischer Charakter nun bis in's kleinste Detail ausgeführt, und speciell deren Unterschied gegenüber den wirklichen Hallucinationen klar gestellt. Die durchgreifende Differenz besteht immer in dem bei den ersteren fehlenden specifischen Charakter der Objectivität (Leiblichkeit): intelligente Kranke behaupten denn auch die ersteren nur „mit den Augen des Geis

Digitized by Google

nicht mit denen des Leibes" (d. h. mit Göthe's Worten, dessen bekannte Sinnestäuschung gleichfalls unter die Pseudohallucinationen verwiesen wird) zu schauen. Gleichwohl können diese in jene, d. h. in wirkliche Hallucinationen übergehen, jedoch nur bei Umdämmerung des Bewusstseins; im wachen Zustande bleiben beide Phänomene für die Apperception des Kranken geschieden (p. 66). Auch die lebhaften Gesichtsbilder der Fieberkranken sind in der Regel Pseudohallucinationen; meist massenhaft und wechselnd auftretend, zuweilen aber auch einförmig und stabil (casuist. Beleg, p. 73). Den Schluss dieses Kapitels bilden weitere eingehende klinische Schilderungen von chronisch Wahnsinnigen. — Der folgende Abschnitt VI behandelt die Pseudohallucinationen des Gehörs. Die letzteren unterscheiden sich von den wirklichen Hallucinationen durch das bestimmte Gefühl der Kranken, dass die Quelle dieser „Stimmen" in ihnen selbst liege; daher die Aussprüche: „innere Stimmen", „Seelensprache", „geistiges Hören"; dieselben werden deshalb auch nie von den Kranken mit realen Wahrnehmungen verwechselt. Aber nicht alle diese Sensationen, wofür die Kranken einen reichen Sprachschatz zur Bezeichnung besitzen („die Gedanken werden mir gemacht etc."), sind schlechthin nur Pseudohallucinationen; so gehören z. B. die sog. psychischen Hallucinationen *Baillarger*'s nicht zu den letzteren, insofern ihnen der wirkliche Charakter der Sinnlichkeit (des Gehörtwerdens) fehlt. *K.* weist nach, dass die sog. psychischen Hallucinationen vielmehr eine Art Verstandesdelirium sind: die Kranken hören die Gedanken, aber ohne den Laut, und wenn sie diesen Vorgang auch als „innere Stimme" bezeichnen, so hat dieser Ausdruck nur eine metaphorische Bedeutung. Kranke mit schärferer Beobachtung vermögen deshalb auch zwischen einer einfachen „gedanklichen Eingebung" und einer „acustischen Eingebung" so bestimmt zu unterscheiden, dass sie sogar verschiedene Erklärungen dieser beiden Erscheinungen haben. Aber auch das krankhafte Phantasiren ist ein vom Pseudohalluciniren differenter psychischer Vorgang; jenes ist, wenn auch nicht vollkommen, so doch in hohem Grade ein vom Willen abhängiger Process (p. 95); dieses dagegen eine spontane, nach unserer Willkür nicht hervorzurufende Erscheinung. Dabei ist allerdings auch nicht zu übersehen, dass es einzelne Fälle giebt, in welchen der Kranke, mit starker Neigung zum Pseudohalluciniren, seinen Pseudohallucinationen willkürlich einen bestimmten Inhalt zu leihen vermag. Man darf deshalb in der anomal gesteigerten Phantasiethätigkeit höchstens ein prädisponirendes Moment zum Pseudohalluciniren erkennen, nicht aber einen mit letzterem identischen Vorgang. Im acuten Wahnsinn finden sich Uebergangsstufen zwischen beiden genannten Elementarstörungen, sowie beim Einschlafen die Pseudohallucinationen in jene höchst lebhaften Traumbilder sich weiterspinnen, welche, weil mit bedeutend schärferer Objectivität gegenüber den gewöhnlichen Träumen ausgestattet, von *Baillarger* als „Träume mit Hallucinationen" bezeichnet wurden. — Auch das „Zwangsdenken" ist etwas vom Pseudohalluciniren Verschiedenes. — Im Verfolg dieser psychologischen Analysen kommt Verf. im Kapitel VIII

Digitized by Google

zur Unterscheidung zwischen dem sog. „inneren Hören“ und „inneren Sprechen“ der Kranken. Beide Erscheinungen dürfen nicht mit einander verwechselt werden. Beim „inneren Sprechen“ findet gar keine subjective Erregung im acustischen Corticalgebiete statt; die Kranken fühlen nur einen mehr oder weniger zwangsmässigen Impuls zum Schreien oder Sprechen: es handelt sich dabei weder um Hallucinationen noch um Pseudohallucinationen, sondern um ein geändertes Gefühl in der Sprachinnervation, um das Resultat der Erregung gewisser Ganglienzellen des motorischen Sprachapparats der Hirnrinde (p. 109). Es folgt nun eine eingehende Analyse dieses Vorgangs des unwillkürlichen Sprechens, mit epikritischer Verwerthung von klinischen Beispielen. — Im folgenden Kapitel IX wird das Verhältniss der Pseudohallucination zu der „Phantochemie“ *Kahlbaum's* besprochen. *Kandowsky* erklärt sich den unter letzterer Bezeichnung charakterisirten Vorgang so: dass eine reine Phantasievorstellung plötzlich zur Pseudohallucination (des Gesichts oder Gehörs) wird, und diese Pseudohallucination vom Bewusstsein des Kranken irrthümlich für die lebhafte Erinnerung einer wirklichen Anschauung genommen wird (p. 128). Verf. möchte deshalb das Wesen der berührten psychopathischen Erscheinung besser durch den Ausdruck „pseudohallucinatorische Pseudoerinnerungen“ ersetzt wissen. — Der folgende (letzte) Abschnitt X ist theoretischen Betrachtungen gewidmet. Ausgehend von der (bei Kranken gewonnenen) Ueberzeugung, dass „bei nicht umnebeltem Bewusstsein die Hallucinationen immer durch einen ganzen Abgrund von einfachen Erinnerungs- und Phantasiebildern, sogar von den Pseudohallucinationen abgetheilt bleiben“ (p. 133) — unternimmt Verf. es zunächst, die Charakterzüge der hallucinatorischen Wahrnehmung und den Unterschied zwischen dieser und den Sinnesbildern der Erinnerung und der Phantasie zu besprechen. Er wendet sich kritisch gegen die Auffassung, als ob die Hallucination nur ein gesteigertes Erinnerungs- oder Phantasiebild sei. Letzteres Merkmal trifft dagegen gerade für die Pseudohallucinationen zu: diese sind nur eine Abart der Erinnerungs- und Phantasievorstellungen. Aber selbst die lebhafteste Pseudohallucination giebt an und für sich noch keine Hallucination. Mag diese letztere noch so blass und schwach sein: sie behält dennoch für das Bewusstsein des Kranken eine mit den normalen objectiven Sinneswahrnehmungen vollkommen gleiche Bedeutung, oder vermag — so unbestimmt auch deren sinnliches Timbre sei — die objectiven Sinneswahrnehmungen zu ersetzen. Der „leibhafte“ Charakter der Hallucination ist aber durchaus keine Function der hohen Intensität einer Sinneswahrnehmung. Die Analyse führt den Verf. nun immer weiter zur Theorie des hallucinatorischen Vorgangs selbst. Wodurch wird die Objectivität bewirkt, wenn die Erinnerungsvorstellungen ihrem Wesen nach mit den Anschauungsvorstellungen identisch sind — einzig nur Minus der Objectivität dieser letzteren? Die Antwort des Verf. ist, dass beim Vorgang der objectiven Wahrnehmung es das specifische Gefühl der Sinnescentren ist, welche dem corticalen (bewussten) Sinnesbilde das Gepräge der Objectivität ertheilt. Für die eigent-

Digitized by Google

lichen Hallucinationen weist *K.* die sog. centrifugalistische Theorie ab; er betrachtet eine solche centrifugale Erregung von sonst centripetal leitenden Bahnen für unmöglich. Wie er sich diesen Vorgang hypothetisch aber denkt, — mit anderen Worten, welches der primäre Antheil des subcorticalen sensoriellen Centrums bei der ächten Hallucination ist — soll erst in der nächsten Studie, die er uns verspricht, entwickelt werden. Hier, in dieser ersten, verbreitet er sich blos über die eine Genese: wie nämlich Hallucinationen aus Pseudohallucinationen entstehen können? Zu dieser Metamorphose bedarf es keines Antheils der Erregung in den subcorticalen sensorischen Centren: hier ist nur eine erhöhte Erregbarkeit in den sensoriellen Centren der Hirnrinde nöthig und daneben eine Störung des Bewusstseins, so zwar, dass ein mehr oder weniger vollkommener Abschluss der Apperception gegen äussere Sinneseindrücke zu Stande kommt resp. die Möglichkeit eines Vergleichs zwischen einem reproducirten Sinnesbild und einer primären Sinneswahrnehmung wegfällt. In diesem Falle erwirbt das erstere die volle Geltung der letzteren: das reproducirte Sinnesbild wird gleich einem wirklichen Sinneseindruck, mit anderen Worten: das pseudohallucinatorische Bild wird objectivirt und dadurch in ein hallucinatorisches verwandelt (p. 163). Aber diese „rein corticalen" Hallucinationen können immer nur auf Grundlage der oben bezeichneten Bewusstseinsmodification auftreten, d. h. bei einer Bewusstseinsstörung, welche das Appercipiren der äusseren Eindrücke unterbricht. — In einer kurzen Schlussbetrachtung hält Verf. nochmals die scharfe klinische Trennung der Hallucinationen gegenüber den Pseudohallucinationen fest, während er für letztere die mannigfachsten Uebergangsstufen zu den Erinneinnerungs- oder Phantasiebildern zulässt. Im psychologischen Verhältniss der beiden ersten aber giebt es keine Abstufungen: entweder ist in der Sinnestäuschung der Charakter der Objectivität vorhanden, oder nicht; eine Mitte existirt nicht. Doch kann (wie oben ausgeführt) die pseudohallucinatorische Sinnesvorstellung in jedem Augenblick, in welchem die Möglichkeit der Vergleichung mit wirklichen Sinneseindrücken ausfällt, sich objectiviren, d. h. zur wirklichen Hallucination werden.

Verf. hat sich durch die vorliegende Monographie ein unbestreitbares Verdienst erworben. Der Nachweis eines dem hallucinatorischen Vorgang analogen, in den wichtigsten klinischen Charakteren übereinstimmenden Processes, welcher sich aber durch das fehlende Moment der „Leibhaftigkeit" wesentlich vom ersteren unterscheidet, ist bis jetzt nicht mit dieser Schärfe und Sorgfalt geführt, und zugleich dem neuen psychopathologischen Störungsvorgang zugleich durch die eingehende Kritik der seitherigen Anschauungen und Erklärungen ein so festes Existenzrecht erobert worden. Die zugehörige, nicht kleine Literatur, ist in ausgedehntestem Maasse beigezogen und — was noch mehr heisst — kritisch gesichtet verwerthet worden. Dabei mag man vielleicht da und dort den Verf. von einer gewissen Künstlichkeit, womit er die zwei Hauptphänomene, namentlich in den Epikrisen, immer zu scheiden bestrebt ist, nicht ganz freisprechen

Digitized by Google

können; man mag speciell von der psychologischen Erklärung des „Abziehens der Gedanken", des „inneren Offenseins" (p. 122 u. 123) als einer nur „auf einem logischen Fehlschlusse beruhenden Täuschung" nicht ganz befriedigt sein, weil dieselbe zwar nicht unrichtig, aber zu allgemein gefasst ist, insofern die mitbegleitenden anomalen Sensationen nicht in die „objectivirende Rolle" miteinbezogen sind (ein wichtiger nosologischer Factor gerade dieser Wahnsinnsformen); — diese Einwürfe oder Gegenbedenken dürfen den Werth der Arbeit nicht mindern, zumal der Verf. erst für seine versprochene Fortsetzung die volle theoretische, d. h. physiopsychologische Erklärung aufgespart hat. Die eingefügten Krankheitsgeschichten dürfen, wenn auch weniger durch neue Facta imponirend, vielfach als Muster einer sorgfältigen Detailbeobachtung bezeichnet werden. In der Analyse zeigt Verf. überall eine durch genaue Kenntniss der bisherigen Leistungen, sowie durch eigenes gründliches Nachdenken gereifte Schärfe des Urtheils. Die Schrift kann somit nur zum eingehendsten Studium bestens empfohlen werden. Dem Ref. gereicht es zur besonderen Ehre und Freude, dass (nach einer Stelle in der Vorrede) eine frühere von ihm über die erste Arbeit des Verf. gemachte Bemerkung mit die Veranlassung zu dieser monographischen Ausarbeitung, welche zweifellos als ein Gewinn unserer Literatur über Hallucinationen zu verzeichnen ist, gewesen sein soll.

Sch.

Rieger, **Eine exacte Methode der Craniographie. Jena 1885.**

Dieses Schriftchen bezweckt, die seitherigen Messungsbeobachtungen am Schädel durch eine exacte und untrügliche Methode zu beseitigen und hierdurch zugleich alle Unsicherheiten, Willkürlichkeiten und unvermeidlichen Fehlerquellen aus der Welt zu schaffen. Zu diesem Zwecke stellt sich Verf. die Aufgabe, „denjenigen Raum möglichst genau zu bestimmen und in geometrischen Zeichnungen darzustellen, welchen das Grosshirn einnimmt zum practischen Gebrauch am lebenden, wie am skeletirten Schädel". Es gilt deshalb, äusserlich leicht auffindbare Punkte am Schädel festzustellen und hierdurch eine Basis zu schaffen, welche das Grosshirn nach unten zu abgrenzen, und von welcher aus die Form und die Maasse des Schädeldaches graphisch auf Papier übertragen werden können. Diese Punkte sind 1) der obere Augenlidrand, welcher innen mit dem Dach der Augenhöhlen zusammenfällt und 2) die Protuberantia occip. ext., die zwar nicht immer sichtbar, wohl aber durch das Gefühl wahrnehmbar ist. Durch diese beiden Punkte legt nun Verf. einen schmalen Gummistreifen rings um den Schädel und schneidet dadurch eine imaginäre Ebene ab, welche ungefähr der Gross-

Digitized by Google

hirnbasis entspricht und von der aus die weiteren Messungen des Schädels vorgenommen werden sollen. Hierauf wird ein Fadenkreuz, dessen 4 Faden mit Blei belastet sind, so über den Schädel gelegt, dass der Knoten auf der Höhe des Scheitels ruht und die Enden senkrecht über den Gummistreifen herablaufen und zwar vorn in der Mitte der Frontallinie, hinten über die Protub. occip. ext. und seitlich über Meat. auditor. ext. Mittels eines Tasterzirkels wird nun zunächst die mediane Längsaxe gemessen und von einem Punkte nach vorn und hinten zur Hälfte auf das Millimeterpapier aufgetragen und sodann durch einen Bleidraht, der sich genau an die Schädelform anschliesst, die 4 Curven zwischen den End- (Fuss-) Punkten des Fadenkreuzes genau auf das Papier übergetragen und mit farbigem Bleistift fixirt. In gleicher Weise werden die übrigen Curven der Sagittallinie nach vorn und hinten und der beiden Seitenlinien entsprechend den Querschenkeln des Fadenkreuzes abgenommen und auf das Papier seitlich von der Umfangscurve verzeichnet. Wenn hierdurch die Hauptform nach dem genauen Maass des Schädeldaches mit allen Abweichungen und Verschiebungen graphisch dargestellt ist, so können nach derselben Methode beliebig viel parallele Curven sowohl dem Umfang, als dem Quer- und Längsschnitt entsprechend abgenommen und verzeichnet werden, bis man schliesslich die ganze Schädelform wie ein Modell auf dem Papier hat.

Diese Methode der Craniographie zeichnet sich zweifellos durch die Unmittelbarkeit der Uebertragung der Schädelformen gleichzeitig mit den genauesten Maassen, sowie durch practische Verwerthung und Anschauung vor allen übrigen Messungsarten aus und ist als eine Neuheit für die Praxis der Schädelmessung zu begrüssen, deren kleine Mängel sich wohl auch noch beseitigen lassen.

Zunächst möchte aber darauf hingewiesen werden, dass die getheilte Abnahme der Curven leicht zu einer Fehlerquelle werden kann; denn wenn z. B. die Horizontalcurve in 4 einzelnen Quadranten abgenommen und übertragen wird, so kann es leicht geschehen, dass der Bleidraht sich verbiegt und so ein unrichtiges Bild erzeugt. Ebenso wird der Gummistreifen durch Stirnrunzeln, borstiges Haar, starke Zöpfe u. s. w. sehr leicht von der Horizontalen verschoben (was Verf. selbst erwähnt), sodass die Frontal- und Sagittalschnitte nicht mehr senkrecht auf der Grundebene stehen — was Verf. als eine Grundbedingung bezeichnet. Alle diese kleinen Fehlerquellen lassen sich indess durch eine Modification des Messungsverfahrens vermeiden, wie sie Ref. schon seit Jahrzehnten zur graphischen Darstellung des Schädels am lebenden Menschen mit Erfolg in Anwendung gebracht hat.

Ref. benutzt hierzu einen etwa 4 mm starken Zinndraht, den er genau über dieselben Punkte des Schädels, wie Verf., hinweg ringsum legt und die Enden übereinander kreuzt. Dieser Draht wird scharf an den Schädel angedrückt, jede Erhebung und Vertiefung mit dem Daumen nachmodellirt, die Curve vorn am Stirnbein geschlossen, vom Schädel abgehoben und

Digitized by Google

platt auf das Papier aufgelegt, worauf mit einer Reissfeder die innere Linie leicht übertragen werden kann. Auf diese Weise hat man Form und Maass zugleich gewonnen, dass man unschwer mit dem Tasterzirkel controlliren kann. Zu weiterer Vereinfachung empfiehlt es sich, den Zinndraht selbst zu graduiren, um direct die Maasse der Umfangs-, Frontal- und Sagittalcurven ablesen zu können, statt den Draht zuerst zu strecken und an einen Maassstab anlegen zu müssen. Durch den straff anliegenden starken Zinndraht wird das Stirnrunzeln vereitelt und es lässt sich derselbe leicht durch die starken Zöpfe hindurchschieben, so dass auch diese Ungenauigkeit wenigstens wesentlich abgeschwächt wird. Ganz besonders aber ist es von Werth, durch directe Uebertragung der über den höchsten Punkt des Scheitels gelegten Curve von Ohr zu Ohr auf das Millimeterpapier die Schädelhöhe genau zu messen, was bei der *R.*'schen Methode auf etwas umständlichere constructivere Weise möglich gemacht wird.

Indess mag man nach der einen oder anderen Art der Technik verfahren: das Princip ist dasselbe, mit den Maassen gleichzeitig die ganze Form des Schädels mit allen Abweichungen von der Norm graphisch darzustellen, wodurch die verschiedenen typischen Schädelabnormitäten deutlich zur Anschauung gebracht werden können. Und wenn, wie Ref. bereits in der Versammlung deutscher Irrenärzte in Frankfurt a. M. bei Gelegenheit der *R.*'schen Darstellung betont hat, an die graphische Darstellung des Gehirnschädels sich die des Gesichtsschädels anschliesst durch genaue graphische Darstellung der ganzen Physiognomie, so treten die verschiedenen Typen so plastisch hervor, dass hierdurch ein sehr verwerthbares Hülfsmittel für Craniologie gewonnen wird. Darum ist das Schriftchen zum eingehenden Studium der darin niedergelegten Methode der Craniographie sehr empfehlenswerth. *Köhler.*

Dr. ***Paul Boerner,*** **Bericht über die allgemeine deutsche Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens. Breslau 1885. II. Band.**

Der vorliegende zweite Band des nach jeder Richtung hin vorzüglich ausgestatteten Werkes, dessen Herausgeber leider nicht mehr unter den Lebenden weilt, enthält u. A. die Kranken- und Pflegeanstalten. Dem Kapitel „Irrenanstalten" geht eine „Entwickelungsgeschichte der Irrenanstalten" von *Pelman* voraus, welche kurz und bündig die Anforderungen erörtert, welche an die zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmte Anstalt gestellt werden müssen. Hierauf folgt: Allgemeine Uebersicht des auf der Ausstellung gebotenen Materials von *Hallervorden* und schliesslich „die einzelnen auf der Ausstellung vertretenen Irrenanstalten von *Boerner*

Digitized by Google

und *Hallervorden*. Unter diesen werden ausführlich besprochen: das Irrenhaus der Universität Tübingen, die Irrenanstalt zu Jena, die Irrenheilanstalt der Provinz Westpreussen zu Neustadt W./Pr., die Irrenanstalt der Stadt Berlin in Dalldorf, die Rheinischen Provinzialanstalten, die Provinzialirrenanstalten zu Nietleben bei Halle und zu Alt-Scherbitz, die Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemüthskranke des Dr. *Kahlbaum* zu Görlitz. Von Dalldorf, Grafenberg, Nietleben sind Pläne beigefügt. Einrichtungen von Isolirzimmern, Vorrichtungen für erregte Kranke zum Schutz gegen die aus ihrer Erregung für sie und für ihre Umgebung entspringenden Schädlichkeiten etc. finden besondere Erwähnung (Andernach, Düren, Königslutter, Stephansfeld, Görlitz). — Das gegebene Material liefert den Beweis, dass die specielle Hygiene des psychiatrischen Krankenhauses sich einer guten Entwickelung erfreut, der Zukunft bleibt es vorbehalten, die Entwickelung der psychiatrischen Hygiene, welche alle Gebiete des socialen Lebens, seine physischen und geistigen Aeusserungen in ihren Bereich zu ziehen haben würde, anzustreben und zu fördern.

Eickholt.

Schüle, Klinische Psychiatrie. Specielle Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Dritte völlig umgearbeitete Auflage. XVI. Band des *Ziemssen*'schen Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie. Leipzig. Vogel's Verlag. 1886. — 542 Seiten.

Es ist ein erfreuliches Zeichen des gemehrten Interesses an der psychiatrischen Wissenschaft, dass neben den verschiedenen Lehrbüchern und Compendien, die die letzten Jahre gebracht haben, von dem 1878 zuerst erschienenen und 1880 neu aufgelegten Handbuch der Geisteskrankheiten von *Schüle* nunmehr schon eine dritte Auflage nöthig wurde. Diese ist, wie schon der Titel sagt, völlig umgearbeitet, ein vollständig neues Buch.

Es kann nicht Absicht dieser Zeilen sein, das Werk, mit dem *Schüle*'s Fleiss die psychiatrische Wissenschaft bereichert, eingehend zu analysiren. Es ist Aufgabe von Einzelarbeiten über psychiatrische Themata — und es wird ein Verdienst des im besten Sinne originellen Buches werden, zu solchen Arbeiten Stoff und Anregung zu geben — aus dieser Fundgrube reicher Beobachtung zu schöpfen, die daran geknüpften Reflexionen und neuen Anschauungen zu prüfen, sie zu acceptiren oder wo nöthig auf ihren Kern zu beschränken. Denn wie die früheren Auflagen ist auch diese neue nicht gleich anderen Lehrbüchern medicinischer Disciplinen eine dogmatische und schematische Darstellung dessen, was in unserer Wissen-

Digitized by Google

schaft feststeht, mit Einflechtung der eigenen Forschungsresultate; vielmehr ist das Werk bei ungemein reichhaltiger Literaturverwerthung doch durchweg subjectiv. Es stellt, möchte man sagen, das psychiatrische Glaubensbekenntniss des Verfassers dar und die Summe dessen, das er erforscht und wie er es aufgefasst.

Schon dieser subjective Charakter des Buches, das Verf. im Vorworte selbst als Versuch einer klinischen Psychiatrie bezeichnet, lässt von vornherein nicht annehmen, dass dasselbe nunmehr die alleinige Führung übernehmen wird in der psychiatrischen Auffassung, Terminologie und Methode; es ist zudem der heutige Stand der psychiatrischen Wissenschaft überhaupt nicht danach angethan, ein Buch zu zeitigen, welches eine so maassgebende und dominirende Stellung einnehmen könnte, wie es das *Griesinger*'sche Werk für seine Zeit that. Aber ein Buch, das so sehr aus gereifter Erfahrung und competenter urtheilender Beobachtung mit universaler Gründlichkeit und Tiefe der Auffassung aus einem Guss und mit warmem Herzen geschrieben ist, wird nicht ohne befruchtenden Einfluss sein auf den Fortschritt unserer Wissenschaft.

Der grosse Unterschied gegenüber den früheren Auflagen liegt wie gesagt schon im Titel ausgedrückt. Jene hiessen „Handbuch der Geisteskrankheiten", dieses „Klinische Psychiatrie". Dementsprechend hat *Schüle* nunmehr die frühere psychologische Einleitung, die eine bei den heutigen Psychiatern — man kann nur bedingungsweise leider dazu sagen — ungewöhnliche Bekanntschaft mit den philosophischen Autoren documentirte, fortgelassen; ebenso das ganze Kapitel der allgemeinen Pathologie. Diese Beschränkung auf die specielle Psychiatrie, auf die klinische Darstellung kann nur als Gewinn an Uebersichtlichkeit begrüsst werden. Die zum Verständniss nöthigen Dinge der allgemeinen Pathologie kommen an geeigneter Stelle zur Besprechung. Da dann ferner der historische Theil wegblieb, so entspricht der Anfang des neuen Buches erst der Seite 362 der ersten Auflage.

Vom allgemeinen Theil ist nur eins geblieben, die Einleitung und diese in einer neuen Form, ich weiss nicht, ob in einer besseren. Wenn früher *Schüle* begann: „die Lehre von den Seelenstörungen umfasst die Abänderungen des normalen Seelenlebens durch organische Erkrankungen" und zwar „durch Krankheiten des Gehirns als des vorzugsweisen Seelenorgans", so bedurfte diese Definition immerhin eines Commentars. Denn von Anderem abgesehen, ist die organische Grundlage von Geisteskrankheiten ja vielfach noch Postulat, und der nothwendige Zusammenhang selbst zwischen auffindbaren organischen Grundlagen und dem Wie? der psychischen Störungen bleibt uns verschlossen. — Wenn jetzt aber *Schüle* sagt: „Unter Seelenstörungen verstehen wir eine Krankheit der Person, wodurch deren Selbstbestimmungsfähigkeit aufgehoben wird", einer Krankheit der Person „beruhend und verursacht durch eine Hirnaffection", so bedarf das erst recht des Commentars. Der

Digitized by Google

was ist Person? was Selbstbestimmungsfähigkeit? welcher Art die Hirnaffection?

Schüle erörtert sodann als das Wesen der Selbstbestimmungsunfähigkeit einen „Zwang, welcher in der grundliegenden Hirnkrankheit begründet und durch diese über die psychischen Functionen verhängt ist".

Gewiss machen die psychischen Krankheitssymptome, von der triebartigen Unruhe des Tobsüchtigen bis zur Maladie du doute, vielfach den Eindruck des Zwanghaften, für den Beobachtenden sowohl, als für den Leidenden, und vor Allem in der Erinnerung für den Genesenen. Aber die Ununterdrückbarkeit und Uncorrigirbarkeit der Krankheitsäusserungen generell als psychischen Zwang zu definiren hat doch seine Bedenken.

Ihrem Begriffe nach stört die Geisteskrankheit resp. Gehirnkrankheit das Gleichmaass, den normalen Ablauf und die vernünftige Regelung der psychischen Gehirnthätigkeit. Von „Zwang" kann dabei offenbar nur dann die Rede sein, sofern im Krankheitsvorgang ein Erregungsmoment liegt, d. h. sofern bestimmte psychische Functionen durch die Gehirnkrankheit eine ausschliessliche, andauernde, übermächtige Erregung erfahren. Aber auch dann kommt dieser psychische Zwang (z. B. Zwangsvorstellungen, krankhafte Affecte) nicht einfach zu einem sonst normalen Seelenleben hinzu, sondern er betrifft eine Psyche mit — wie wir bestimmt sagen dürfen — durch den Krankheitsvorgang geschwächter Widerstandskraft, eine Psyche, die auch nach anderen Richtungen schadhaft ist. Der psychische Zwang ist deshalb gradezu wesentlich mit bedingt durch das Fehlen compensirender psychischer Erregungen. Die gesunde Psyche fühlt sich ja deshalb frei und fühlt die Gesetzmässigkeit ihrer Function nicht als Zwang, weil bei ihr die erweckten Eindrücke, Stimmungen, Anschauungen und weil noch so starke Erregungen, Strebungen, Hemmungen sich untereinander in ein Gleichgewicht setzen — was, so weit es sich um bewusste psychische Bethätigung handelt, das Bewusstsein als Selbstbestimmung wahrnimmt. Die Selbstbestimmungsfähigkeit besagt nicht, dass die Functionen des gesunden Gehirns nicht auch unter dem Zwang einer Gesetzmässigkeit, der psycho-physischen und psychologischen Gesetze steht — und in diesem Sinne steht überhaupt die (physiologische und pathologische) Function jedes Organs unter zwingender Gesetzmässigkeit, und die Function des kranken Gehirns nicht minder als die des gesunden. Aber um diesen Zwang so zu sagen organischer Gesetzmässigkeit handelt es sich nicht; von psychischem Zwang kann man offenbar nur in Bezug auf solche — höhere — psychische Functionen sprechen, welche normaliter mit „Selbstbestimmung" geschehen, woraus folgert, dass der psychische Zwang etwas Subjectives, vom Bewusstsein Wahrgenommenes sein muss. Es ist aber klar, dass psychischer Zwang in diesem Sinne durchaus nicht etwas allen Psychosen Gemeinschaftliches ist, man denke nur an die Aufhebung des Bewusstseins, an Gedächtnissschwäche, an die exaltirte Verstimmung. Und wenn psychischer Zwang obwaltet, so ist dies, wie gesagt, nicht blos eine einseitige

Digitized by Google

Erregung, sei es im Substrat der Sinneswahrnehmung (Hallucinationen), der Vorstellungen (Wahnideen) u. a. m., sondern es besteht zugleich von vornherein ein Defect des ordnenden psychischen Mechanismus, eine Unfähigkeit der Correction und Ausgleichung. Der psychische Mechanismus ist eben ein derartig complicirter, auf harmonischem Zusammenwirken vieler Functionen beruhender, die psychischen Functionen sind so vollständig von einander abhängig und sich gegenseitig bestimmend, nach Gesetzen der wechselweisen Miterregung und Hemmung, — dass jede Störung des Substrates nicht auf Partialwirkungen sich beschränken kann, sondern nothwendig in weiter Verzweigung die gesammte Functionstüchtigkeit alteriren muss.

Weiter können wir in einer für alle geistigen Störungen zutreffenden allgemeinen Definition nicht gehen, als dass wir sagen: Der Mechanismus der Gehirnfunction ist durch eine pathologische Affection ihres Substrates gestört. — Der Charakter der functionellen Insufficienz tritt eben durchweg, der der Reizung (des Zwanges) nur beschränkt zu Tage.

Wenn man so das Wesen der Selbstbestimmungsunfähigkeit nicht weiter sucht als in der Störung, der Insufficienz des ordnenden Mechanismus, und das Moment der Erregung und des Zwanges ganz aus dem Spiele lässt, so ergiebt sich viel leichter die Ableitung der Psychosen aus dem Vorhandensein einer prädisponirenden Gehirnconstitution. Denn diese ist doch schliesslich das Ausschlaggebende und weit wichtiger als die occasionellen Schädlichkeiten. Man kann es sich vorstellen, dass die eine Gehirnconstitution leichter als die andere in eine Störung des feinen Mechanismus, und in eine Störung nach bestimmter Richtung verfällt gemäss einer präformirten Vulnerabilität der Vorstellungs- oder Affecterregung (z. B. in der Richtung der Melancholie oder der Verrücktheit). Dagegen ein zwingender Zusammenhang zwischen veranlassender Schädlichkeit und psychischer Störung ist nirgends ersichtlich, und selbst bei nachweisbarer organischer Veränderung im Gehirn ist unserer heutigen Kenntniss unverständlich, wie diese einen Zwang gerade über specielle psychische Functionen verhängen.

Doch es ist leichter zu kritisiren, als es besser zu machen. Wer kann eine Alle befriedigende Definition der Seelenstörungen geben?

Gut ist jedenfalls an der *Schüle*'schen Definition, dass sie ohne Weiteres den fundamentalen Satz in sich einschliesst, dass die Geisteskrankheit stets eine „Gesammtaffection der Individualseele" ist, d. h. dass es keine partielle Geisteskrankheit giebt.

Erfolgreich vertieft und präcisirt stellt sich der Abschnitt (S. 6—20) über die „Eintheilung der Seelenstörungen" dar. Ungezwungen und in klarerem Ausdruck bauen sich die theoretischen Grundsätze der Eintheilung auf; die Begriffe des rüstigen und invaliden Gehirns sind erläutert und verwerthet in einer Weise, die ihnen das erworbene Bürgerrecht in der Psychiatrie ferner sichern wird. Nicht zu übersehen ist die Bemerkung, dass das invalide Gehirn nicht ab ovo invalide zu sein braucht, sondern es durch überstandene Schädlichkeiten werden kann. Werthvoll und zutreffend ist die Gegenüberstellung der Characteristica der Psychosen des

Digitized by Google

rüstigen und invaliden Gehirns bezüglich Symptomenverbindung, Verlauf und Ausgang. Ist die Eintheilung in ihren Grundzügen eine symptomatologische, so konnten doch bei der weiteren Durchführung auch ätiologische Gesichtspunkte nicht übergangen werden, ein neuer Beweis, wie schwierig sich der Stoff der Psychiatrie einem Schema fügt, selbst einem in sich so verhältnissmässig consequenten, als die *Schüle*'sche Eintheilung. Ueberhaupt kann nichts deutlicher zeigen, dass keine stricte und absolute Eintheilung der Psychosen aus der Symptomatologie von selbst hervorgeht und wie jede Eintheilung vielmehr von der abstrahirten Auffassung aus in die Materie hinein getragen wird, — als dass eine so umfassende Auseinandersetzung der Eintheilungsprincipien überhaupt nöthig ist. Es bildet dieses Capitel einen Kernpunkt des Buches.

Ich stelle hier die alte und neue *Schüle*'sche Eintheilung abgekürzt einander gegenüber.

I. Geistige Defect- und Entartungszustände.

1. Defecte. a) Mikrocephalie. b) Idiotismus.

2. Degenerescenz. a) Hereditäres Irresein (impulsives und moralisches Irresein). b) Schwere Neurosen (epileptisches, hysterisches, hypochondrisches Irresein). c) Periodisches und circuläres Irresein.

II. Seelenstörungen auf Grundlage organo-psychischer Vollentwickelung.

a) Psychoneurosen. 1) Des rüstigen Gehirns — Melancholie, Manie und als secundäre Formen Wahnsinn, Blödsinn. 2) Auf degenerativer Grundlage — Verrücktheit verschiedener Formen.

b) Cerebro-Psychosen. 1) Mit motorischen Reizsymptomen — Manien (Mania transitoria, gravis, Delirium acutum). 2) Mit motorischer Spannungsneurose — Attonitätszustände (Melancholia attonita, Stupor). 3) Mit progressiver Parese — Dementia paralytica.

c) Die psychischen Cerebropathien (Blödsinn mit Lähmung mit 8 Unterabtheilungen).

I. Psychosen auf Grundlage organo-psychischer Vollentwickelung.

1. Psychosen des rüstigen Gehirns (Psychoneurosen): Melancholie, Manie, secundäre Zustände.

2. Psychosen des invaliden Gehirns (Cerebro-Psychosen).

a) Mania gravis, Furor.

b) Wahnsinn, acute, chronische, attonische Form.

c) Primäre Dementia, hallucinatorischer Stupor.

d) Das hysterische, epileptische, hypochondrische Irresein.

Dazu als Anhang α) periodische circuläre Psychosen, β) die Seelenstörungen im Gefolge extracerebraler Krankheiten (febrile, puerperale etc.) und Intoxicationen.

3. Die perniciösen Erschöpfungszustände des Gehirns.

a) Acute: Delirium acutum. Chronische: progressive Paralyse.

4. Die psychischen Cerebropathien: die Psychosen im Gefolge chronischer Hirnkrankheiten (modificirte Paralysen).

Digitized by Google

II. Psychosen auf Grundlage defecter organo-psychischer Constitutionen.

a) Die hereditäre Neurose. Anhang: die transitorischen Psychosen,

b) das einfache hereditäre Irresein mit Zwangsvorstellungen (Maladie du doute). Dazu als Anhang der Querulanten-Wahnsinn,

c) die originäre Verrücktheit,

d) Moral insanity,

e) Idiotismus.

Es ist ersichtlich, wie viel einfacher und handlicher die neue Eintheilung ist.

Diese Eintheilung ist für *Schüle* nun nicht blos Mittel zur Verständigung und zur Ordnung des darzustellenden Stoffes. Er steckt derselben tiefere Ziele; sie ist ihm der Ausdruck der Gesetzmässigkeit die zwischen Gehirnconstitution einer-, Symptomenqualität und Verlauf andererseits existirt.

Es wird sich im practischen Gebrauch die Richtigkeit der Eintheilung bewähren und sich zeigen müssen, ob auch andere Beobachter bei Einreihung der Einzelfälle in das Schema die in den leitenden Ueberschriften enthaltenen Bedingungen erfüllt finden. Das wird besonders der Fall sein bei jenen Psychosen, die die Fallstricke aller Eintheilungen sind; ob z. B. die febrilen und puerperalen Seelenstörungen ihren richtigen Platz finden als Anhang zu den Psychosen des invaliden Gehirns, die transitorischen Psychosen als Anhang zu den hereditären Neurosen, wird die Erfahrung noch lehren müssen. Doch bei den fliessenden Uebergängen der Psychosen, die auch *Schüle* überall betont, und bei den mannigfachen Mischformen werden jederzeit Fälle aufstossen, die keiner Classification sich fügen, ohne dass darum deren allgemeine Handlichkeit und innere Berechtigung aufgehoben wird.

Der Werth der *Schüle*'schen Eintheilung liegt aber vor Allem in der Betonung der oben genannten Gesetzmässigkeit zwischen psychischer Constitution und Krankheitsform. Das ist ein fördernder und anregender Schritt und ist, da uns die mechanische Ableitung der psychischen Erscheinungen aus der normalen und pathologischen Gehirnthätigkeit verschlossen ist, auch einstweilen das höchste erreichbare Ziel unserer Wissenschaft. Es wäre zudem von immenser practischer und prognostischer Wichtigkeit, auf diesem Wege fortschreitend zu einer Erkenntniss der Hirnconstitutionen und deren gesetzmässigen Beziehung zu bestimmten Erkrankungsformen, also zur Erkenntniss zu gelangen, warum das eine Mal Manie, das andere Mal Verrücktheit sich entwickeln muss.

Betreffs der Nomenclatur sei nur bemerkt, dass *Schüle* den Namen Verrücktheit beibehält für die originären Formen, die aus Weiterentwickelung einer originären logischen Verschrobenheit sich gestalten und trotz theilweiser Symptomenübereinstimmung für die grosse Gruppe von Psychosen mit gefälschtem Bewusstsein (Sinnenwahn) den Ausdruck Wahnsinn vorzieht. Ich halte diese Scheidung und die Hochhaltung des Wortes Wahnsinn für sehr glücklich.

Digitized by Google

Die speciellen Capitel folgen nicht Schritt für Schritt der angeführten Eintheilung, sondern der klinischen Uebersichtlichkeit und der fliessenden Uebergänge wegen sind z. B. bei der Melancholie die Formen 1a und 2a, bei der Manie die Formen 1b und 2a abgehandelt.

Auf die speciellen Capitel kann hier nicht m Einzelnen eingegangen werden. Alles Bemerkenswerthe zusammenzutragen füllte ein neues Buch; nur sei zur allgemeinen Charakteristik gesagt, dass es sich nicht um eine gefällige, in die Wissenschaft einführende Schilderung von Schulfällen handelt, sondern um einen für den Erfahrenen lehrreichen vielgliedrigen Aufbau einer speciellen Pathologie und Therapie. Mit gewaltigem Erfahrungsmaterial sind überall die Variationen des Anfangs, des Verlaufs und Ausgangs der Psychosen und ihre vielfachen Uebergänge geschildert, so dass trotzdem das Einzelne so zu sagen lebensfrisch aus der Vergegenwärtigung der Krankheitsbilder fliesst, die Masse des gesammelten Beobachtungs- und Formenschatzes fast erdrückend wirkt. Der Vertiefung in den Gegenstand und dem Streben nach subjectiver Klarlegung der psychischen Symptome in ihren Wechselbeziehungen und ihrem Ursprung entspringt es, dass in die Registrirung der Erfahrungen vielfach psychologische Deductionen eingeschaltet sind. Dieselben könnten unbeschadet des objectiven Werthes des Buches vielfach fehlen. Doch ist rühmend hervorzuheben, dass der Autor sich bei den psychologischen Entwickelungen einer weit einfacheren verständlicheren, weniger bilderreichen Sprache bedient hat, als in den früheren Auflagen.

Alle Capitel sind mit gleichmässiger Gründlichkeit und bedeutend ausführlicher behandelt, als früher. In der Bewältigung des Formenreichthums der Psychosen, in der Masse der competenten und lebendigen Beobachtung liegt der andere grosse Werth des Buches; daraus ergiebt sich von selbst, dass das Buch nicht durchgeblättert, sondern studirt sein will — und Niemand wird sich in dieses Studium vertiefen, ohne reiche Belehrung und Anregung zum eigenen Denken und Beobachten daraus zu schöpfen.

Dr. *Freusberg.*

Ueber gesunde und kranke Nerven von Dr. Freiherr *R. von Krafft-Ebing.* Laupp'sche Buchhandlung. 154 S.

Aus einem v. J. in Graz gehaltenen (und in mehrfachen Auflagen verbreiteten) Vortrage ist hier eine kleine Brochure entstanden, welche gleichfalls bereits in zweiter Auflage erschienen ist. Die Schrift verbreitet sich über den ganzen Umfang des reichhaltigen Themas: über unser nervöses Zeitalter, über Nervencapital und Nervenarbeit (Cap. 1), über die Ursachen der Nervenkrankheiten (Cap. 2), über die Erhaltung der Nervengesundheit (Cap. 3), über die Verhütung von Nervenkrankheit bei dazu Disponirten

Digitized by Google

(Anhang zu Cap. 3), über die Erscheinungsformen der Nervenkrankheiten (Cap. 4), und endlich über die allgemeinen Grundsätze für die Behandlung Nervenkranker (Cap. 5). Das Thema ist, wie Verf. selbst sagt, im Sinne einer vorwiegenden Klarlegung der Ursachen dieser nervösen Störungen aufgefasst. Die Schrift richtet sich an das grosse Publikum und möchte hier einerseits aufklärend wirken, andererseits als Wegweiser zu einer richtigen Prophylaxe dienen. Nach beiden Zielen hin ist Verf. seiner Aufgabe voll und ganz gerecht geworden. Alle Vorzüge des rühmlichst bekannten Arztes und Autors treten aus jedem Capitel der Schrift entgegen: gründliche Beherrschung des Stoffes, breit erfasste und tief durchdachte Erfahrung, klare, formschöne Darstellung. Es ist wirklich interessant zu sehen, wie der Verf. das verwickelte und schwierige Thema in einer so fasslichen Weise, jedem gebildeten Laien verständlich, zu behandeln versteht, so dass wir mit Vergnügen lesen und dabei im Ernste lernen. Es dürfte nicht ein einziger practisch wichtiger Punkt gefunden werden, welcher nicht seine Ausführung und richtige Stelle gefunden hätte. Die Schrift stellt ein wirkliches Compendium einer allgemeinen Aetiologie und Therapie der Neurosen dar, aber nicht abstract und gelehrt, sondern aus dem Leben und für's Leben. Man sieht aus jeder Zeile den vielbeschäftigten Arzt aus der Sprechstunde einer Grossstadt, welcher seine gereiften Erfahrungen darreicht, nicht um damit zu prunken, sondern um unserem nervenreichen, aber „nerv" armen Zeitalter zu nützen. Auszüge aus dem reichen Inhalt zu geben, würde sich für ein Referat nicht eignen. Die Schrift muss Gemeingut Aller werden, und ist es wohl bereits geworden, zumal von denen, zu deren Belehrung sie geschrieben ist. An dieser Stelle erübrigt es nur, ihr den gebührenden Platz in der Tagesliteratur anzuweisen, als einer vortrefflichen, in jeder Hinsicht für Arzt und Laien gleich empfehlenswerthen, und nach ihrem Zweck und Bedürfniss sehr verdienstlichen Arbeit. *Schüle.*

Digitized by Google

Kleinere Mittheilungen.

Krohne, die Unterbringung geistesgestörter Verurtheilter [1]).

Dass die vorstehende Frage auf der Tagesordnung unserer heutigen Versammlung steht, ist meine Schuld. Dass ich als Referent vor Ihnen stehe, bestätigt nur die Wahrheit des Dichterwortes: „Denn alle Schuld rächt sich auf Erden." — Der Grund, welcher mich bewogen hat, die Erörterung dieser Frage gerade in unserem Vereine zu betreiben, ist folgender. Seit zwanzig Jahren und länger wird in Deutschland über die Unterbringung geistesgestörter Verbrecher in den beiden Kreisen, welche dabei zunächst betheiligt sind, der Strafanstalts-Beamten und der Irrenärzte eingehend verhandelt; sowohl in einer speciell dieser Frage gewidmeten Literatur, die im Laufe der Zeit einen erheblichen Umfang gewonnen hat, als auf den Versammlungen der Fachvereine. Irrenärzte und Strafanstalts-Beamte sind freilich niemals in einen persönlichen Meinungsaustausch über diese Frage getreten, aber durch die Strafanstalts-Aerzte, welche beiden Kreisen angehörten, war eine Vermittelung geschaffen, die vor einigen Jahren zu der beiden Theilen genehmen Lösung zu führen schien, dass die geistesgestörten Verbrecher in besonderen mit Strafanstalten verbundenen oder an dieselben sich anlehnenden Irrenstationen oder Hilfs-Strafanstalten untergebracht werden sollten. Indessen diese scheinbare Uebereinstimmung ist bald wieder geschwunden. Hervorragende Irrenärzte haben sich dagegen erklärt. Die Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Eisenach 1882 hat einen dahingehenden Antrag: „Nach dem Vorgange von England Invalidengefängnisse zu errichten, mit welchen Irrenstationen zur Aufnahme geisteskranker Verbrecher verbunden wären" nicht angenommen, sondern sich sehr reservirt dahin ausgesprochen:

I. Die Regierungen der deutschen Bundesstaaten zu ersuchen:

---

[1]) In der Sitzung des Nordwestdeutschen Vereins für Gefängnisswesen zu Hildesheim am 30 Mai 1885 war das obige Thema Gegenstand der Verhandlung. Ref. war Herr Strafanstalts-Director *Krohne* zu Berlin. Derselbe hat erlaubt, sein Referat, das im 15. Vereinsheft (Hamburg 1885) veröffentlicht ist, den Lesern unserer Zeitschrift mitzutheilen.

Digitized by Google

1) Vorsorge treffen zu wollen, dass an acut auftretenden rasch verlaufenden Formen von Geistesstörung erkrankte Straf- und Untersuchungsgefangene in den Strafanstalten und Gefängnissen für die Dauer ihrer Krankheit eine angemessene psychiatrische Behandlung und Pflege finden;
2) dahin zu wirken, dass in dem in Vorbereitung begriffenen Reichsgesetz, betreffend die Vollstreckung von Freiheitsstrafen die Fürsorge für die geisteskranken Strafgefangenen in einer den Anforderungen der öffentlichen Sicherheit, sowie der öffentlichen Irrenpflege entsprechenden Weise geregelt werde; bis zum Erlass eines solchen Gesetzes aber von sich aus Anordnungen zu treffen, dass wenigstens alle gemeingefährlichen geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten fern gehalten werden.

Der Verein der deutschen Strafanstalts-Beamten hatte für seine Versammlung in Wien 1883 die Frage gestellt:

„Wie soll nach neuestem Stande der Wissenschaft und Praxis für die geistesgestörten Verbrecher gesorgt werden? Sind eigene Anstalten oder Annexe von Straf- oder aber von Irrenanstalten vorzuziehen, wie wären solche einzurichten?“

Der darauf erfolgte Beschluss lautet:

Sträflinge, welche in Geistesstörung verfallen, sind möglichst bald einem Heilverfahren zu unterziehen. Die Errichtung eigener Anstalten zu diesem Behufe ist nicht ausführbar. Geisteskranke leichteren Grades und Schwachsinnige können in den Lazarethen der Strafanstalten bewahrt werden, die zu diesem Zwecke mit den erforderlichen Vorkehrungen zur Sicherung und Heilung zu versehen sind.

Schwanken demnach die Meinungen in beiden zunächst an dieser Frage betheiligten Parteien zwischen diametral verschiedenen Lösungen, so hat sich eine dritte Partei, die allerdings practisch unter der Misere der jetzigen Sachlage nicht so sehr zu leiden hat, die aber darum nicht weniger dabei interessirt ist, und ohne deren Mitwirkung die Frage überhaupt nicht zu lösen ist, ich meine die Kriminalisten, Strafrechtslehrer, Richter, Staats- und Rechtsanwälte, soweit ich die einschlägige Literatur habe übersehen können, zur Sache noch nicht geäussert. — Ich bin nun der Meinung gewesen, dass gerade unser Verein die Möglichkeit bietet zu einem persönlichen Meinungsaustausch der Vertreter aller drei an der Frage zunächst betheiligten Kreise; und um dieses in ausreichendstem Maasse zu ermöglichen, habe ich gebeten, unsere diesjährige Versammlung in dieser altehrwürdigen Stadt abzuhalten, um uns der Mitwirkung der Aerzte der hiesigen Irrenanstalt und vor Allem des hochverdienten Mannes zu vergewissern, der als einer der ersten unter den Psychiatern unsere Frage eingehend erörtert hat und durch seine Erfahrung als Gefängnissarzt und Irrenarzt vor Allen zu einem unparteiischen Urtheil berufen ist.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst das Menschenmaterial, um dessen

Digitized by Google

Unterbringung es sich handelt. Wie Sie aus meiner Fassung des Themas entnehmen, habe ich den im Laufe der jahrelangen Discussion in sehr verschiedenem Sinne gebrauchten Ausdruck „geistesgestörte Verbrecher" ersetzt durch den Ausdruck „geistesgestörte Verurtheilte". Wir dürfen nicht vergessen, dass wir uns auf dem Boden des Strafrechts bewegen, und dass es zu einer klaren präcisen Erörterung durchaus nothwendig ist, die in der Rechtssprache üblichen unmissverständlichen Ausdrücke zu wählen. Durch den Ausdruck „geistesgestörte Verurtheilte" sind von der Discussion folgende Kategorien, über welche die jetzt bestehende Gesetzgebung in unmissverständlicher Weise disponirt hat, ausgeschlossen:

I. alle diejenigen, welche eine für einen Geistesgesunden strafbare Handlung begangen haben, aber wegen erwiesener Geistesstörung entweder garnicht strafrechtlich verfolgt oder ausser Verfolgung gesetzt sind.

Nach dem alten Rechtssatze des Sachsenspiegels: Ueber rechten Thoren und sinnenlosen Mann soll man nicht richten, der im § 51 des Reichsstrafgesetzbuches seinen der modernen juristischen und medicinischen Wissenschaft entsprechenden Ausdruck gefunden hat, fallen solche Personen nicht unter die Strafjustiz, sondern unter die Irrenpflege, welche sie, wenn erforderlich, als gefährliche Irre in der Irrenanstalt zu behandeln oder zu verwahren hat.

II. Ausgeschlossen von der Discussion sind ferner alle wegen einer Verletzung der Strafgesetze in Untersuchung Gezogene, über deren Geisteszustand ein ärztliches Gutachten erfordert werden soll; das Verfahren ist durch § 81 der Strafprocessordnung geregelt.

Wird von dem Gerichte angeordnet, dass der Angeschuldigte zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht werden soll, so ist klar, dass an die Stelle der Irrenanstalt kein Strafanstalts-Lazareth, Hilfs-Strafanstalt, Invaliden-Gefängniss treten darf; der Gesetzgeber hat in unmissverständlicher Weise die zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmten öffentlichen Irrenanstalten gemeint, und dieselben werden sich dieser reichsgesetzlichen Verpflichtung nicht entziehen können. Sie werden diese gesetzliche Verpflichtung auch dadurch nicht illusorisch machen können, dass sie die Verantwortung für die Sicherung eines solchen Angeschuldigten ablehnen [1]). Sie sind verpflichtet, die zur Sicherung solcher Personen erforderlichen Einrichtungen zu treffen, und der Staat ist berechtigt, die widerstrebenden nicht unter seiner Verwaltung stehenden öffentlichen Irrenanstalten kraft seines staatlichen Oberaufsichtsrechts dazu anzuhalten.

Dass diese beiden Kategorien theoretisch aus dem Begriffe „geistesgestörte Verbrecher" auszuscheiden sind, darüber herrscht heute unter Irrenärzten, Juristen und Strafanstalts-Beamten wohl allseitiges Einverständniss.

---

[1]) cf. *Laehr.* 44. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin 1882, p. 5.

Digitized by Google

Musste der Begriff „geistesgestörte Verbrecher" in dieser Beziehung eingeschränkt werden, so bedarf er nach einer anderen Beziehung der Erweiterung. Verbrecher im Sinne des Strafgesetzbuches ist nur diejenige Person, welche zum Tode, zu Zuchthaus oder Festungshaft von mehr als 5 Jahren verurtheilt ist. Damit wäre aber der Kreis derjenigen Personen, um deren Unterbringung es sich für uns handelt, zu eng gezogen; es fallen alle diejenigen hinein, die wegen einer strafbaren Handlung zu Freiheitsstrafen verurtheilt sind und entweder vor Antritt der Freiheitsstrafe oder während der Verbüssung derselben in Geisteskrankheit verfallen.

Nicht unter diesen Begriff gehören alle Diejenigen, welche nach verbüsster Strafe geistesgestört werden, sie fallen eben nicht mehr unter den kriminalrechtlichen Begriff „Verbrecher", sie sind eben nichts anderes als Geistesgestörte, deren Krankheit entweder in besonderen Anlagen beruht oder durch einen besonderen Lebensgang complicirt ist. In einer Strafanstalt, sei es Strafanstalts-Irrenstation oder Invaliden-Gefängniss ist für sie kein Platz. — Haben wir so den Kreis derjenigen geistesgestörten Personen festgestellt, um deren Unterbringung es sich handelt, so wäre nun die Frage zu beantworten: „Wo sollen sie untergebracht werden?"

Vor der Entscheidung ist es nothwendig, uns einen Fundamentalsatz unseres Kriminalrechts zu vergegenwärtigen, welcher lautet: „An einem Geistesgestörten kann eine Strafe nicht vollzogen werden." In Consequenz dieses Satzes bestimmt denn auch die Strafprocessordnung ganz kategorisch § 487: „Die Strafvollstreckung ist aufzuschieben, wenn der Verurtheilte in Geistesstörung verfällt." Damit ist die ganze Kategorie derjenigen Verurtheilten, welche vor Antritt der Strafe in Geistesstörung verfallen, ausserhalb jeder Controverse gestellt, in einer Strafanstalts-Irrenstation oder Invaliden-Gefängniss ist für sie ohne Gesetzesverletzung kein Platz; sie gehören in eine Irrenanstalt, bis sie entweder geheilt als Gegenstand des Strafvollzuges in eine Strafanstalt kommen, oder als unheilbar für immerdar der Irrenpflege verfallen.

Es bleiben also nur noch diejenigen Verurtheilten, welche während der Verbüssung ihrer Strafe geistesgestört werden. Von den staatlichen Organen, in deren Händen der Strafvollzug liegt, ist zu verlangen, dass sie ihre Strafanstalten, das Wort im weitesten Sinne genommen, mit derartigen Einrichtungen versehen, dass Krankheiten der Gefangenen während des Strafvollzugs selbst einem Heilverfahren unterzogen werden können, und zwar bezieht sich dies nicht blos auf Krankheiten des Körpers, sondern auch des Geistes. Es liegt das im eigensten Interesse eines vernünftigen Strafvollzuges. Die Strafanstalten sind demnach sowohl mit dem erforderlichen sachkundigen ärztlichen Personal als Krankenhaus-Einrichtungen zu versehen. Selbstverständlich muss sich diese Forderung auf ein gewisses Durchschnittsmaass beschränken. In Betreff der Körperkrankheiten kann man z. B. mit vollem Recht verlangen, dass Lungenentzündungen und Typhen, gewöhnliche Augenkrankheiten und Knochenbrüche behandelt, ja selbst einfache Am

Digitized by Google

putationen vorgenommen werden. Es wäre aber unbillig zu verlangen, dass der Strafanstaltsarzt im Strafanstalts-Lazareth schwierige Augen- und Blasenoperationen oder Resectionen vornehmen soll, welche die Hand eines Specialisten und den ganzen Apparat eines allen Anforderungen einer hochausgebildeten Wissenschaft genügenden grossen Krankenhauses erfordern. In solchem Falle ist der Gefangene einer Krankenanstalt zu überweisen, in welcher er einem geeigneten Heilverfahren unterzogen werden kann. — Dasselbe muss auch von den Krankheiten des Geistes gelten, der Anstaltsarzt muss nicht nur im Stande sein, Geistesstörungen der Gefangenen rechtzeitig zu erkennen, sondern auch einer vorläufigen zutreffenden Behandlung zu unterziehen, das Strafanstalts-Krankenhaus muss dazu die erforderlichen Einrichtungen bieten. Man kann sogar noch einen Schritt weiter gehen und verlangen, dass innerhalb eines grossen Bezirks bei einer Strafanstalt das Lazareth zur Aufnahme der Geistesgestörten aus mehreren Anstalten zwecks Heilung oder Feststellung des Geisteszustandes eingerichtet und mit einem Irrenarzte und sachkundigem Pflegepersonal versehen werde. Aber freilich, wenn die Geisteskrankheit sich derart complicirt erweist, dass innerhalb des Strafanstalts-Lazareths und dessen Einrichtungen eine Heilung nicht erfolgen kann, so wird die Ueberführung in eine Irrenanstalt erfolgen müssen. — Das Gesetz hat diese Fälle vorgesehen, wenn es im § 493 der Str.-Pr.-O. bestimmt: „Ist der Verurtheilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen." Das Gesetz hat sich mit Recht casuistischer Vorschriften enthalten, in welchen Krankheitsfällen die Ueberführung aus einer Strafanstalt in eine Krankenanstalt erfolgen soll, sondern dies den Strafvollzugs- und Strafvollstreckungsbehörden überlassen. Ob öffentliche Kranken- und Irrenanstalten, welche nicht unter staatlicher Verwaltung stehen, derartige Kranke, selbstverständlich gegen Zahlung der Kosten, aufzunehmen haben, könnte rechtlich zweifelhaft sein. Im Weigerungsfalle bliebe den Strafvollzugsbehörden immer der Weg offen, die Strafvollstreckung bei dem kranken Gefangenen zu unterbrechen und seine Unterbringung den zuständigen Polizei- und Armenbehörden zu überlassen, welche die Aufnahme erzwingen könnten. — Ergiebt sich nun innerhalb oder ausserhalb der Strafanstalt, dass der Verurtheilte unheilbar geisteskrank ist, so wird er entmündigt aus der Strafanstalt entlassen und der Irrenpflege überwiesen, welche für eine seiner Krankheit und der öffentlichen Sicherheit angemessene Verwahrung zu sorgen hat. —

Von irrenärztlicher Seite wird die Zweckmässigkeit der Verweisung der geistesgestörten Verurtheilten in die öffentlichen Irrenanstalten bestritten. Die dafür angeführten Gründe lassen sich kurz in folgende Sätze zusammenfassen:

1) Es verletze das ethische Gefühl der Insassen der Irrenanstalt sowohl als deren Angehörigen, dass unbescholtene Geisteskranke mit verbrecherischen,

Digitized by Google

bescholtenen, bestraften zusammen wären und in die intimste Berührung gebracht würden. Dadurch würde bei dem Kranken sehr häufig der Heileffect gestört und bei den Angehörigen die rechtzeitige freiwillige Unterbringung der Geisteskranken in der Irrenanstalt, die von wesentlicher Bedeutung für einen günstigen Erfolg der Irrenbehandlung sei, verhindert.

2) Die Aufnahme dieser Geisteskranken würde in der Irrenpflege Maassregeln und Einrichtungen nöthig machen, welche in directem Gegensatze zu dem jetzt in allen Irrenanstalten adoptirten und mit so grossem Erfolge wirkenden „No restraint"-Systeme ständen. Um die sichere Verwahrung jener Geisteskranken zu ermöglichen, müsste man zu Einrichtungen der alten Irrenhäuser zurückkehren, die mehr an ein Gefängniss als an ein Krankenhaus erinnerten. Das würde auf das Wärterpersonal derart influiren, dass sie ebenfalls mehr den Schliessern der alten Narrenhäuser als Krankenwärtern einer der modernen Irrenhäuser glichen.

M. H., es kann nicht meine Aufgabe als Laie sein, die Richtigkeit dieser Gründe einer Kritik zu unterziehen. Ich kann nur feststellen, dass, soweit ich die einschlägige psychiatrische Literatur habe verfolgen können, viele und gewichtige Stimmen sich dagegen geltend gemacht haben. Schon im Jahre 1865 hat der Dr. *Simon*, Assistenzarzt an der Irrenanstalt des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg, in einem eingehenden und wie mir scheint, diese Frage vollständig erschöpfenden Aufsatze den Satz aufgestellt, dass, was die Krankheit anbetrifft, irre Verurtheilte von anderen Geisteskranken sich nicht unterscheiden [1]). Dass sie zu Fluchtversuchen neigen, haben sie ebenfalls mit anderen Geisteskranken gemeinsam [2]).

Es bliebe also nur die sociale Stellung der geistesgestörten Verurtheilten, es ist ihnen das Brandmal des Verbrechens aufgedrückt; sie bringen aus den Kreisen, in welchen sie aufgewachsen sind oder verkehrt haben, eine tiefe Rohheit in ihren Ausdrücken und Gewohnheiten mit, welche zuerst den anderen Kranken anstössig ist, später aber sich bei ihnen einschleicht. Daraus folgt nun aber doch nicht, dass die irren Verurtheilten überhaupt nicht in die gewöhnlichen Irrenanstalten gehörten, sondern nur: sie in besondere Abtheilungen, etwa die Abtheilung für Störende, zu schicken. Denn es giebt auch Irre, die nicht aus dem Gefängnisse kommen, gegen die aber doch dieselben Einwürfe gemacht werden können, z. B. die öffentlichen Dirnen; consequenterweise müssten auch für diese Separatanstalten begründet werden.

Auf der Versammlung der Irrenärzte in Eisenach haben diese Gründe ebenfalls Widerspruch gefunden. Dr. *von Gudden* aus München erklärt auf das bestimmteste: „Ich möchte keine Grenze zwischen freien und unfreien Irren gezogen haben. Die Befürchtung, dass die Angehörigen anderer

---

[1]) Dr. *Theod. Simon.* Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin von *W. Horn.* Neue Folge Bd. II.

[2]) a. a. O. p. 259.

Digitized by Google

Kranken Anstoss an der Unterbringung verurtheilter Kranker in die Irrenanstalt nehmen könnten, ist nicht zutreffend. Diese Kranken verschwinden in der Menge. Ich habe in 33 Jahren nie gehört, dass andere Kranke sich darüber beschwert haben, aber das habe ich erlebt, dass sie Anstoss genommen haben an Kranken, die nie verurtheilt waren, bei denen aber die Störung zu solchen Unthaten geführt hat, dass sie für die Anderen etwas Unheimliches hatten" [1]).

Dr. *Knecht* bemerkt in dieser letzteren Beziehung: „Diese öffentliche Meinung scheint mir überwiegend von den Irrenanstalts-Directionen getragen zu werden. Ich wenigstens habe weder früher bei den Kranken einer öffentlichen Irrenanstalt, noch jetzt bei dem Publikum, aus welchem sich die dritte Klasse der Irrenanstalt rekrutirt, eine so tiefe Abneigung gegen gewesene Sträflinge bemerken können." Was die Gefährlichkeit und die Störungen anbetrifft, um derentwillen die geistesgestörten Verurtheilten den öffentlichen Irrenanstalten so unbequem werden sollen, darf ich mich zuletzt auf das Zeugniss eines Mannes berufen, dessen Competenz wohl Niemand anzweifeln wird. Herr Medicinal-Rath Dr. *Sander*, Director an der Irrenanstalt zu Dalldorf hat in Gemeinschaft mit dem Assistenzarzt Dr. *Richter* ein Buch verfasst: „Ueber die mit dem Strafgesetz in Conflict gerathenen geisteskranken Männer der Irrenanstalt Dalldorf", dessen Erscheinen nahe bevorsteht und von dem mir die Herren Verfasser die Correcturbogen mit dankenswerther Bereitwilligkeit zur Verfügung gestellt haben. In demselben sind 193 geistesgestörte mit dem Strafgesetz in Conflict gerathene Männer einer genauen Analyse unterzogen. Unter anderen für den Zusammenhang von Geistesstörung und Verbrechen hochinteressanten Resultaten kommt Herr Dr. *Sander* zu dem Schlusse, dass von jener Zahl 15 oder 8 pCt. als besonders störend und gefährlich zu bezeichnen wären. Davon kommen auf 71 Sträflinge 8, auf 55 Untersuchungsgefangene 6. Und wenn man ferner aus den Charakteristiken der einzelnen Personen sieht, wie sich bei ihnen die Wege zwischen Irrenanstalt, Untersuchungshaft, Strafanstalt verschlingen, so erkennt man, dass sie nicht deshalb störend werden, weil sie aus der einen oder anderen Anstalt kommen, sondern sie sind störend ihrer inneren Natur nach. Die Gefährlichkeit dieser Kranken besteht aber vorzugsweise in ihrem Bestreben zu entweichen. So störend das für eine Irrenanstalt sein kann, so soll man sich doch deshalb nicht übermässigen Besorgnissen hingeben und ganz aussergewöhnliche Maassregeln nothwendig erachten.

Wenn irgend eine Irrenanstalt unter den mit dem Strafgesetz in Conflict gerathenen Geistesgestörten zu leiden hat, dann gewiss Dalldorf; um so höher schlage ich es an, dass Herr Dr. *Sander* die Entfernung derselben aus den öffentlichen Anstalten nicht für nöthig erachtet und die Gefahr der

[1]) 1. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 39, p. 37, 2. Blätter f. Gefängniss-Kunde, Bd. XV, p. 212, Anm.

Digitized by Google

Entweichungen durch geeignete, den Grundsätzen der allgemeinen Irrenpflege durchaus nicht widersprechende Einrichtungen beseitigen zu können glaubt. —

Ich glaube dargethan zu haben, dass jene oben angeführten Gründe gegen die Aufnahme geistesgestörter Verurtheilter in die gewöhnlichen öffentlichen Irrenanstalten als von der irrenärztlichen Wissenschaft allgemein anerkannt nicht gelten können. Aber angenommen, die Gründe wären richtig, wäre dann mit der Ausschliessung der während der Strafverbüssung in Geisteskrankheit verfallenden Verurtheilten den Irrenanstalten geholfen. Treffen nicht dieselben Gründe zu auf die Ausschliessung der zur Untersuchung ihres Geisteszustandes überwiesenen Untersuchungsgefangenen, auf einen grossen Theil der wegen Geistesstörung ausser Verfolgung Gesetzten, der während der Strafhaft in Geistesstörung Verfallenen nach ihrer Entlassung aus der Strafhaft, der während der Strafhaft Entmündigten, der Bestraften und nach Verbüssung der Strafe in Geisteskrankheit Verfallenen? Wären nicht alle diese aus den obengenannten Gründen gleichfalls von den Irrenstationen fern zu halten?

Aus den Verhandlungen des preussischen Abgeordnetenhauses wird Ihnen bekannt sein, dass die preussischen Landesdirectoren, wie ich annehme, nicht ohne Zustimmung der Directoren der provinzialständischen Irrenanstalten, diese Consequenz gezogen haben. Sie haben an den Herrn Minister des Innern folgende Anträge gestellt:

1. Der Staat solle im Anschlusse an die grösseren Strafanstalten Irrenstationen einrichten, in welchen die geisteskranken Verbrecher während der Dauer der Strafvollstreckung behandelt und verpflegt werden.

2. In diese Irrenstationen seien auch diejenigen Geisteskranken aufzunehmen, bei denen die Strafvollstreckung aufgehört hat.

3. In diese Irrenstationen seien auch aufzunehmen Untersuchungsgefangene zur Beobachtung ihres Geisteszustandes.

Da wäre nun zunächst die Frage, welch' einen rechtlichen Charakter sollen diese Irrenstationen tragen; sollen es Strafanstalten oder Irrenanstalten sein? Meines Erachtens können diese Annexe nichts anderes sein als Strafanstalten, denn der Annex trägt die Natur des Hauptkörpers. Wäre es nun nach Lage unserer Gesetzgebung rechtlich möglich, alle die obengenannten Kategorien von Geistesgestörten in diese Irren-Strafanstalten zu verweisen? Ich glaube, darauf kann man ohne langes Besinnen mit einem kategorischen Nein antworten. — Es bliebe also nichts Anderes übrig, als unsere Gesetzgebung zu ändern, neue dieses Verfahren ermöglichende gesetzliche Bestimmungen zu treffen. Nun kann man gewiss Gesetze ändern und aufheben, was man aber nicht ändern und aufheben kann, das sind Fundamentalsätze unseres Kriminalrechts, und dahin rechne ich die schon oben angeführten Sätze: Ein Geistesgestörter kann eine strafbare Handlung nicht begehen; an Geistesgestörten kann eine Strafe nicht vollzogen werden; und in eine Strafanstalt können nur solche Personen aufgenommen werden,

Digitized by Google

welche rechtskräftig verurtheilt sind. Wäre es nun denkbar, dass folgende gesetzliche Bestimmungen getroffen werden:

1. Verfällt ein Verurtheilter während der Verbüssung der Strafe oder vor Antritt der Strafe in Geisteskrankheit, so ist die ganze Strafe oder der Rest der Strafe in der Irrenstation einer Strafanstalt zu vollstrecken.

2. Oder Verurtheilte, welche während der Strafverbüssung in Geisteskrankheit verfallen, sind in den Strafanstalts-Irrenstationen auch nach Ablauf der vom Richter erkannten Strafe bis zur Genesung eventl. lebenslang festzuhalten.

3. Personen, welche wegen Verbrechen oder Vergehen bestraft sind, nach verbüsster Strafe aber in Geisteskrankheit verfallen, werden auch ohne mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen zu sein, in den Strafanstalts-Irrenstationen untergebracht.

4. Untersuchungsgefangene, deren Geisteszustand zweifelhaft, werden zur Erforschung desselben in ein Strafanstalts-Irrenlazareth gebracht.

Es sind das rechtliche Bedenken eines Laien, ich zweifle nicht, dass die juristischen Mitglieder unserer Versammlung diese Seite unserer Frage, sachgemässer, als ich es vermag, erörtern werden. M. E. ist diese Lösung der Frage rechtlich unmöglich, aber vielleicht wäre sie so practisch, dass man sich über die rechtlichen Bedenken hinwegsetzen könnte. Es hat in Deutschland an Versuchen dazu nicht gefehlt; sie sind gemacht in Bruchsal von Dr. *Gutsch*, in Waldheim von Dr. *Knecht*, beide um die Erörterung und Klärung dieser Frage hochverdiente Männer. Der erste kommt zu dem Resultate, es ginge wohl, aber es geht nicht; der andere, es geht überhaupt nicht. Dazu kommt das Urtheil des Strafanstalts-Directors *Eickrodt* in Bruchsal, welcher bestimmt erklärt: es geht nicht. Und ich kann dem letzteren vom Standpunkte des Strafanstalts-Directors aus nur beistimmen. Irrenregime und Strafanstaltsregime vertragen sich nicht mit einander; im einen herrscht der Arzt, im anderen der Strafanstalts-Director. Ob auch auf dem Gebiete der Irrenanstalt, weiss ich nicht, aber auf dem Gebiete der Strafanstalts-Verwaltung gilt das alte Homer'sche Wort: „Uebel ist die Vielherrschaft, einer muss Herr sein" im ganzen Umfange. Conflicte, welche die Ordnung und die Zwecke beider Anstalten in Frage stellen, werden, wenn Strafanstalt und Irrenanstalt zusammengekuppelt werden, auch beim besten Willen nicht ausbleiben.

Sollen diese Kategorien ausserhalb der gewöhnlichen öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden, so bleibt nichts anderes übrig, als eigene Irrenanstalten dafür zu errichten. Das wäre rechtlich unbedenklich, ob aber practisch? Der Versuch ist in England in Broadmoor gemacht und vollständig gescheitert, so dass dieser Weg verlassen werden musste. Die Ursache lag darin, dass das Zusammenbringen all' dieser Personen in einer Anstalt ohne Beimischung anderer Elemente, sowohl Irrenpflege als Gefängnissdisciplin unmöglich machte. Man hat dann in England die Einrichtung von Invaliden-Gefängnissen getroffen und die geistesgestörten Verur-

Digitized by Google

theilten hier untergebracht, wo sie durch Beimischung eines ganz erheblichen Procentsatzes von körperlich defecten Sträflingen verdünnt wurden. Diese Einrichtung der Invaliden-Gefängnisse bei der Organisation des Strafvollzugs in England als ein Bedürfniss auf Deutschland zu übertragen, liegt von Seiten des Strafvollzugs durchaus kein Grund vor. Der Grundsatz der Individualisirung, welcher den Strafvollzug in Deutschland beherrscht, bietet die Möglichkeit, innerhalb der einzelnen Strafanstalten auch der Eigenartigkeit der körperlich Gebrechlichen vollauf gerecht zu werden. Und schliesslich würden der Aufnahme der Geistesgestörten der oben genannten Kategorien in die Invaliden-Gefängnisse dieselben rechtlichen Bedenken entgegenstehen, wie der Aufnahme in die Irren-Annexe an Strafanstalten.

Nun möchte ich mir aber noch eine Frage an die Herren Irrenärzte erlauben. Die Erforschung des Zusammenhanges zwischen Geistesstörung und Verbrechen beschäftigt, so weit ich das als Laie übersehen kann, augenblicklich die irrenärztliche Wissenschaft auf das allerangelegentlichste. Empfiehlt es sich nun, dieses ganze Beobachtungsmaterial den grossen Irrenanstalten zu entrücken. Die grossen Fortschritte der Irrenheilkunde sind doch nur dadurch ermöglicht, dass ein umfangreiches und die verschiedensten Formen der Krankheit darbietendes Material in den Anstalten zusammen gebracht wird; dürfen darin die Geistesgestörten, welche mit dem Strafgesetzbuch in Conflict gekommen sind, fehlen, ohne den Fortschritt der Wissenschaft zu schädigen? Andererseits glaube ich nicht zu irren, wenn ich annehme, dass der Irrenarzt und die irrenärztliche Wissenschaft an einer Irrenanstalt mit lediglich geistesgestörten Verurtheilten, die auch in ihrer Kopfstärke nicht entfernt an die gewöhnlichen Irrenanstalten heranreicht, verkümmern würde.

Die Unterbringung geistesgestörter Verurtheilter in den öffentlichen Irrenanstalten hat in neuester Zeit auch weitere Kreise, ich darf wohl sagen beunruhigt. Die wilden Männer von Dalldorf, welche nicht sowohl Berlin und Umgegend als die Spalten der Zeitungen unsicher machten, haben in weitesten Kreisen die Forderung hervorgerufen, wenn diese „gemeingefährlichen Irren", denn das sind sie in den Augen des Publikums, in den Irrenanstalten nicht sicherer untergebracht werden können als bisher, wenn jeden Augenblick zu erwarten steht, dass sie aus der Irrenanstalt entweichen und auf die Gesellschaft losstürmen, dann müssen sie eben anderweitig untergebracht werden, wo sie sicher verwahrt sind. Da wäre denn nun zunächst die Frage, können sie nicht sicherer in den Irrenanstalten verwahrt werden als bisher. Die Meinungen der Irrenärzte sind darüber getheilt; während die einen behaupten, die nöthigen Sicherungsmaassregeln würden das jetzt in den Irrenanstalten mit so grossem Erfolge zur Anwendung gebrachte „No restraint-System" auf's Aeusserste gefährden, ist von anderer Seite, z. B. Dr. *Simon*, gezeigt, dass solche Unterbringung der mit dem Strafgesetzbuch in Conflict gekommenen Geistesgestörten ohne Verletzung des „No restrain Systems" sich sehr wohl durchführen lässt; in der Abtheilung für störe

Digitized by Google

Kranke finden sie so lange Aufnahme, bis sie ohne Gefahr einer anderen Abtheilung überwiesen werden können. Dr. *Sander* unterzieht die bei der Berliner Irrenpflege vorgekommenen Entweichungen einer eingehenden Besprechung und kommt zu dem Resultat:

„Wird man allerdings auf der einen Seite zugeben müssen, dass sich bei den kriminellen Irren das Bestreben zu entfliehen dem Umfange und der Intensität nach in bedeutend höherem Maasse geltend macht, als bei anderen Irren, so wird man andererseits von diesen Bestrebungen und ihren Erfolgen sich auch nicht zu übertriebene Vorstellungen machen und ihretwegen sich nicht übermässigen Besorgnissen hingeben und ganz aussergewöhnliche Maassregeln nothwendig erachten dürfen. Letzteres in Bezug auf allgemeine Irrenpflege umsoweniger, als man nicht verkennen kann, dass in Dalldorf besondere Verhältnisse obwalten. Darauf deutet schon das Verhältniss der wenigen vereitelten Fluchtversuche zu den gelungenen." Ich kann hinzufügen, dass in jüngster Zeit in Dalldorf durch eine bauliche Veränderung des Pavillons für störende Geisteskranke allen Anforderungen für sichere Verwahrung der geistesgestörten Verurtheilten, so lange sie deren bedürfen, Sorge getragen ist.

Ich gestatte mir als Laie dazu nur die Bemerkung, dass der Staat von den Irrenanstalten nicht nur die Heilung und Pflege der Kranken, sondern auch ihre sichere Verwahrung im Allgemeinen verlangen muss; denn jeder Geistesgestörte ist für die öffentliche Sicherheit gefährlich oder doch mindestens unbequem. Das „No restraint" wird daher bei einer ganzen Reihe von Geisteskranken, die niemals mit dem Strafgesetzbuch in Conflict gekommen sind, eine Einschränkung erleiden müssen, ohne dass darum der Grundsatz des „No restraint" aufgegeben zu werden braucht. Es ist nun nicht einzusehen, warum diese Einschränkung des Grundsatzes nicht auch auf die geistesgestörten Verurtheilten Anwendung finden sollte. So gut in unseren grossen Irrenanstalten besondere Pavillons für „Störende" gebaut werden, kann man auch einen sicheren Pavillon bauen, in welchem die geistesgestörten Verurtheilten untergebracht werden, so lange sie unsicher, fluchtverdächtig, aggressiv sind. Ist ein solcher Pavillon vorhanden, so ist der Irrenarzt durch keine rechtlichen Bedenken gebunden, in diesem Pavillon alle unsicheren Geistesgestörten aus der Zahl der mit dem Strafgesetzbuch in Conflict gerathenen unterzubringen; sowohl die Angeschuldigten und zur Exploration überwiesenen als die früher Verurtheilten, die ihre Strafe verbüsst haben.

Es kann auch keine Schwierigkeit machen, das zur sicheren Bewachung dieser Kranken erforderliche Wärterpersonal zu gewinnen; ein Theil der Wärter kann aus der Zahl der Strafanstalts- und Gefängnissaufseher genommen werden, die auf den Sicherheitsdienst, wenn ich so sagen soll, besser geschult sind. Bei vorsichtiger Auswahl und guter Bezahlung wird man in hinreichender Anzahl derartige Beamte finden, welche geistige Gewandtheit genug besitzen, um neben der Sorge für die sichere Verwahrung

Digitized by Google

der Kranken auch den Anforderungen der Irrenpflege zu genügen. Dass die Irrenanstalten diese Einrichtungen für die sichere Verwahrung geistesgestörter Verurtheilter treffen, ist allerdings unerlässlich; der Staat ist berechtigt, sie im Interesse der öffentlichen Sicherheit zu verlangen und eventuell Kraft seines Aufsichtsrechts zu erzwingen.

In der Discussion über dies Thema vertrat Dr. *Snell* die Ansicht, dass „es sich schlecht passe, in die sich immer freier gestaltenden Irrenanstalten ein kleines Zuchthaus einzufügen", während Dr. *Sander* die in seinem inzwischen veröffentlichten Buche mitgetheilte entgegengesetzte Ansicht vertrat. Bei solcher Verschiedenheit war Resultat der Debatte, dass die fragliche Angelegenheit noch nicht als spruchreif erklärt wurde.

Neueren Nachrichten zufolge besteht die Absicht, nachdem die Direction der Irrenanstalt in Dalldorf sich ausser Stande erklärt hat, die ihr von der Strafkammer überwiesenen Irren so einzusperren, dass jeder Fluchtversuch ausgeschlossen erscheint, im Moabiter Untersuchungsgefängniss eine Irrenstation für Verbrecher einzurichten und ein Haus mit Dienstwohnung dazu zu bestimmen.

Aus Berlin. — Das Curatorium der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf hat an den Magistrat folgende Anträge gerichtet:

1) Die Erbauung einer besonderen Anstalt in nächster Nähe Berlins zur Behandlung und Verpflegung von 600 Epileptikern;
2) die Erbauung einer neuen Irrenanstalt für 600 Kranke;
3) die Errichtung zweier besonderen Gebäude auf dem Gutshofe der Irrenanstalt zu Dalldorf zur Aufnahme von etwa 50 geisteskranken Männern und 20 geisteskranken Frauen, die sich vorzugsweise mit der Land- und Viehwirthschaft zu beschäftigen haben werden, und eventuell
4) auch die Errichtung einer Aufnahme-Anstalt innerhalb der Stadt Berlin, um die gegenwärtig von der Königlichen Charité für Rechnung der Stadt verpflegten Geisteskranken in eigene Pflege zu nehmen.

Es werden auf Kosten der Stadtgemeinde gegenwärtig mehr als 2000 Geisteskranke verpflegt, wovon etwa 1250 in der Anstalt zu Dalldorf untergebracht sind. Eine stärkere Belegung der Anstalt hat zu vielfachen erheblichen Bedenken sowohl in räumlicher, wie in sanitärer Beziehung Veranlassung gegeben, weshalb mehr als 750 Kranke den Privat-Irrenanstalten haben überwiesen werden müssen. Nach den Erfahrungen der letzten drei Jahre beträgt der absolute Zugang im Jahre durchschnittlich 125 Köpfe, so dass in vier Jahren, nach welchem Zeitraume die neu ge-

Digitized by Google

plante Anstalt zum Beziehen fertiggestellt sein dürfte, die Anzahl der Kranken, welche der Fürsorge der Stadt anheimfallen, sich um 500 bis 600 vermehrt haben und die Gesammtzahl sich auf 2500 bis 2600 Köpfe stellen würde. Dann müsste also eine Anstalt zur Unterbringung von 1300 Geisteskranken errichtet werden. Diesem Bedürfnisse soll durch die Vorschläge des Curatoriums entsprochen werden, namentlich durch Herstellung einer besonderen Anstalt für 600 Epileptische, welche jetzt mit den Geisteskranken zusammen in Dalldorf untergebracht sind. Nach Unterbringung dieser Epileptiker in einer besonderen Anstalt wird in Dalldorf Raum für 600 Geisteskranke geschaffen. Die weiteren 600 bis 700 sollen dann theils in der neu zu errichtenden Irrenanstalt für 600 Kranke, theils in der auf dem Gutshofe zu Dalldorf zu errichtenden Irrencolonie von 50 männlichen und 20 weiblichen Irren untergebracht werden. Epileptische Kranke befinden sich augenblicklich bereits 500 in der städtischen Irrenanstalt und 28 in der städtischen Idiotenanstalt; ausserdem befindet sich zweifellos eine grosse Anzahl dieser Kategorie von Kranken noch in der Stadt und bedürfen dringend der Anstaltspflege, deren sie aus Mangel einer geeigneten Zufluchtsstätte bisher nicht theilhaftig geworden sind. Es erscheint deshalb dringend geboten, mit der Errichtung dieser Anstalt so schleunig wie möglich vorzugehen. Die Kosten für den Grund und Boden, für Bau und Inventarium des Epileptikerhauses werden vom Curatorium der Irrenanstalt mit Rücksicht auf die besonderen Einrichtungen, welche durch Behandlung, Beschäftigung und Unterricht erforderlich werden, auf 2,700000 M. berechnet. Die Nothwendigkeit der Errichtung einer neuen Anstalt für mindestens 600 Geisteskranke ergiebt sich aus den angeführten Umständen. Die Kosten für diese Anstalt sind unter Zugrundelegung der für den Bau und Einrichtung der Dalldorfer Anstalt verauslagten Kosten auf 2,400000 M. veranschlagt. Die Kosten für die projectirten Colonisationsgebäude werden auf 100000 M. bemessen und sind bereits im Extraordinarium des Etats für 1886/87 vorgesehen.

Die Gesundheitspflege-Deputation des Magistrats hat unter dem Vorsitze des Oberbürgermeisters v. Forckenbeck die Vorschläge des Curatoriums der Irrenanstalt zu Dalldorf in Betreff der neuen Irrenanstalten berathen. Von vornherein war man darüber einig, dass die Zahl der Irren, welche Zahl 2035 beträgt und in 4 Jahren gewiss 2600 betragen wird, die Erbauung einer neuen grossen Irrenanstalt erforderlich machen. Während aber der Magistrat diese Anstalt nur auf 600 Kranke berechnen wollte, sprach man sich in der Deputation für 1000 Irre aus, da sonst sofort nach Vollendung der neuen Anstalt wieder an eine weitere neue Anstalt gedacht werden müsse. Ferner war man auch darin einig, dass eine Anstalt für epileptische Kranke zu errichten sei, welche auf 600 Betten berechnet werden solle. Endlich herrschte auch darüber Einverständniss, dass beide Anstalten nicht nur ganz arme Irre und Epileptische, sondern auch solche Kranke aufnehmen müssen, welche zwar noch Existenzmittel besitzen, aber noch nicht im Stande sind, die Kosten der Aufnahme in einer guten Privatanstalt auf-

Digitized by Google

zubringen. Mit Recht wurde bemerkt, dass wenn man nicht so verfahre, die weniger vermögenden Irren und namentlich die Epileptischen sich in schlimmerer Lage befinden werden, als die ganz armen. Mit dem Bau sollte sobald als möglich begonnen werden. Schliesslich wurde beschlossen, eine Sub-Commission zu bestellen, welche über das Bauprogramm und den geeigneten Bauplatz eingehend berathen soll. Die Sub-Commission soll bestehen aus dem Vorsitzenden, Oberbürgermeister v. Forckenbeck, Stadtbaurath Blankenstein, Stadtschulrath Bertram, den Stadträthen Wolff und Weise, den Stadtverordneten Virchow, Langerhans, Stryck und Kürten. Sie soll Director *Jensen* und Med Rath *Sander* wie andere geeignete Sachverständige heranziehen können.

Geisteskranke Sträflinge. — Um mehrfach vorgekommenen Verzögerungen bei der Entmündigung von geisteskrank gewordenen Gefangenen für die Zukunft vorzubeugen, macht der Minister des Innern in einem Circularerlass vom 31. v. M. die Regierungen darauf aufmerksam, dass es seiner Genehmigung zur Stellung des Antrags auf Entmündigung geisteskranker Sträflinge nicht bedarf, und dass der die Entmündigung aussprechende Beschluss des betr. Amtsgerichts nach § 603 der Civilprocessordnung mit dem Zeitpunkte seiner Mittheilung an die Vormundschaftsbehörde in Wirksamkeit tritt. Es bedarf hiernach nicht der Bescheinigung der Rechtskraft des Entmündigungsbeschlusses, vielmehr ist derselbe dem Minister in jedem Falle sofort nach der Mittheilung an die Behörden seines Ressorts, mit dem Antrage auf Entlassung des Entmündigten aus der Haft in der Strafanstalt, einzureichen.

Aus Pommern. — Im Provinziallandtage vom 11. März 1886 referirte Dr. *Wolff* über die Vorlage, betreffend die Errichtung einer neuen Provinzial-Irrenanstalt, wobei er wesentlich auf die Motive der gedruckten Vorlage verwies. Es hat sich herausgestellt, dass die vier Irrenanstalten zu Ueckermünde, Rügenwalde, Greifswald und Stralsund schon seit Jahren nicht mehr genügen, um den reglementmässigen Ansprüchen gerecht zu werden. Zur Aushülfe sind daher seit 1883 die Privat-Irrenanstalt Bergquell zu Frauendorf und seit 1884/85 die Anstalten für Epileptische und resp. für Blöd- und Schwachsinnige, Tabor und Kückenmühle benutzt. Damit ist jedoch nur eine vorübergehende Erleichterung erreicht worden. Die Commission hat die nachstehenden vom Provinzialausschuss gemachten Vorschläge geprüft und beantragt die Annahme derselben, welche der Landtag darauf ausspricht:

Digitized by Google

1) Es soll eine neue Provinzial-Irrenanstalt von 300 Betten errichtet, bei der Anlage aber für die Möglichkeit einer späteren Erweiterung bis zu 600 Betten Sorge getragen werden.

2) Der Provinzialausschuss wird beauftragt, den Bauplatz nebst dem zu einem ausgedehnten Landwirthschaftsbetrieb erforderlichen Terrain auszuwählen und zu erwerben, die nöthigen Kostenanschläge aufstellen zu lassen und dem Provinziallandtage bei seiner nächsten Sitzung zur Genehmigung vorzulegen, die zur ungesäumten Ausführung des Baues erforderlichen vorbereitenden Maassregeln aber event. auch vor Genehmigung der Anschläge zu treffen.

Siegburg. — Am 20. Februar c. ist der Vertrag über den Ankauf der früheren Irrenanstalt zu Siegburg an den Fiscus als Civilgefängniss bestätigt worden. Die Kaufsumme beträgt 470000 M. Das Gebäude ist schon seit einiger Zeit als Gefängniss in Benutzung.

Ehen unter Blutsverwandten — fanden in den letzten 7 Jahren statt:

im Jahre	Gesammtzahl der Eheschliessungen in Preussen	Darunter Eheschl. von Geschwisterkindern	Auf 1000 Eheschl. solche unter Geschwisterkindern	Eheschl. von Onkel u. Nichte	Neffe u. Tante
1878	207 754	1695	8,11	122	30
1879	206 725	1522	7,36	159	30
1880	208 456	1519	7,29	133	33
1881	209 586	1490	7,11	144	26
1882	217 239	1470	6,76	116	36
1883	220 748	1528	6,92	148	27
1884	225 939	1543	6,83	120	30

Hiernach ist in den sieben letzten statistisch abgeschlossenen Jahren das Verhältniss der Eheschliessungen unter Geschwisterkindern zu den Eheschliessungen überhaupt ein fast stetig und nicht unbeträchtlich abnehmendes gewesen. Auch die ehelichen Verbindungen von Onkel und Nichte haben sich vermindert; denn die Durchschnittszahl der 3 Jahre 1879—1881 war noch 145, diejenige der Jahre 1882—1884 dagegen 124—125. Nur die in den entsprechenden Gesammtzahlen seltenen unnatürlichen Heirathen zwischen Neffen und Tanten wiesen in den entsprechenden Jahren eine kleine Vermehrung (von 89 zu 93) auf. *P.*

Digitized by Google

Aus London. — Im Oberhause beantragte gestern der Lordkanzler die zweite Lesung des Entwurfs zur Ergänzung der Gesetze über die Irrenanstalten. Eine Veränderung dieser Gesetze, bemerkte der Antragsteller, sei nothwendig geworden, weil sich immer mehr die Ueberzeugung Bahn breche, dass es noch immer leicht sei, einer Person unter der Angabe, dass sie irrsinnig sei, die Freiheit zu rauben (!). Nach dem gegenwärtigen Gesetze könne Jemand einer Irrenanstalt übergeben werden, wenn zwei Aerzte bescheinigten, dass er irrsinnig sei. Diese den Aerzten ertheilte Befugniss sei nur selten gemissbraucht worden, doch wäre es geboten, für weitere Schutzwehren gegen die ungehörige Einsperrung in eine Irrenanstalt zu sorgen. Der neue Gesetzentwurf verfüge demnach eine gerichtliche Untersuchung, die erfolgen müsse, ehe die als wahnsinnig bezeichnete Person der Irrenanstalt übergeben werde. In Dringlichkeitsfällen könne der Patient sofort in einer Irrenanstalt untergebracht werden, aber die Untersuchung darüber, ob er irrsinnig sei oder nicht, müsse binnen sieben Tagen nach seiner Einsperrung stattfinden, widrigenfalls er nach Verlauf dieser Frist wieder auf freien Fuss zu setzen sei. Um zu verhindern, dass Personen, die vom Irrsinne geheilt worden seien, länger als nöthig in einer Irrenanstalt blieben, solle jeder Fall einmal im Jahre von einer besonderen Commission geprüft werden. Von einer sofortigen Schliessung aller Privat-Irrenanstalten sei aus verschiedenen Gründen Abstand genommen worden, doch sollten keine neuen concessionirt werden. Ferner verfüge der Entwurf, dass in den bestehenden Anstalten keine neuen Patienten aufgenommen werden dürfen. Durch alle diese Bestimmungen hoffe die Regierung allen Missbräuchen, die bestehen möchten, ein Ende zu machen. Nach längerer Debatte wurde die Vorlage zum zweiten Male gelesen. (Die Verhältnisse in England sind so eigenartig, dass sie für uns oft schwer verständlich sind. Die Englischen Collegen werden uns darüber Aufschluss geben und zu dem vorliegenden Gesetze Stellung nehmen. Hoffentlich werden ihre Anschauungen und Rathschläge bei der 3. Lesung Geltung finden. In der obigen Fassung würde bei uns das Gesetz bedauerliche Nachtheile für den Staat zur Folge haben. Ref.)

Das Irische Gesetz — bestimmt für die Aufnahme in die Irrenanstalt folgendes Verfahren. Die Person soll vor zwei Richter gebracht werden, und wenn diese überzeugt werden können, dass die Person geistige Krankheit verrathe und den Vorsatz habe, irgend eines Vergehens sich schuldig zu machen, für welches sonst eine Verurtheilung erfolgen müsste, so soll der nächste beste Medicinalbeamte herzugeholt werden, der dann nach einem Krankenexamen in einem Certificat den Betreffenden als einen gemeingefährlichen Irren bezeichnet, und darauf soll die Aufnahme in die Anstalt auf die Verfügung der zwei Richter erfolgen. In der Anstalt soll die Person bleiben und behandelt werden, ebenso wie ein aus dem Gefängniss der Anstalt zu-

Digitized by Google

geführter Kranker, jedoch soll es gestattet sein, dass Freunde oder Verwandte den Kranken unter ihre eigene Obhut zurücknehmen, wenn sie dem Richter genügende Bürgschaft für die Sicherheit des Kranken geben. — Dies Gesetz ist nach des Verf. Meinung keine wesentliche Verbesserung des alten, nach welchem die Richter das Recht, einen gefährlichen Geisteskranken in's Gefängniss zu senden, hatten, denn auch jetzt geschieht die Aufnahme in die Anstalt meist so, dass Polizisten den Kranken festnehmen und vor den Richter schleppen, vor dem dann die Gemeingefährlichkeit des Pat. beschworen wird, und schliesslich wird Pat. durch Polizisten der Anstalt zugeführt. Verf. tadelt das Verfahren der Aufnahme, wie auch die Möglichkeit, den Kranken aus der Anstalt herausnehmen und seinen Angehörigen zurückgeben zu können, ohne dass die Aerzte der Anstalt bei beiden ein Wort mitzureden haben. (Neurologisches Centralbl. 1886. No. 6.)

Ueber den Modus der Anstalts-Aufnahme von Geisteskranken, Epileptikern und idiotischen, epileptischen und paralytischen Kindern in Paris. — Die Placirung in Irrenanstalten geschieht bekanntlich in zweierlei Art: die freiwillige Unterbringung durch die Familie und die amtliche Seitens der öffentlichen Behörde. — In Paris werden die officiellen Unterbringungen durch die Polizeipräfectur veranlasst. Die sehr grosse Majorität der Geisteskranken passirte vor einigen Jahren durch das Depot der Polizeipräfectur. Die Verwaltung der Seinepräfectur reservirte sich nur 330 freiwillige Placements von den öffentlichen Anstalten: 170 für zahlende und 160 für bedürftige Kranke. Die von dieser Behörde verlangten Formalitäten und der damit verbundene grosse Zeitverlust machten die Möglichkeit der freiwilligen Unterbringung Armer fast ganz illusorisch. Aus diesem Grunde wurde Ende 1881 gelegentlich der Discussion über das Budget der Irren für 1882 auf möglichste Abkürzung und Vereinfachung der Formalitäten gedrungen. Die Bedingungen für diesen Aufnahmemodus sollten zur allgemeinen Kenntniss des Publikums gebracht werden und die Anzahl der freiwilligen Placements unentgeltlich und unbeschränkt sein.

Die officiellen Placirungen sind nichts destoweniger die zahlreichsten geblieben und haben den betheiligten Familien die peinlichsten Verlegenheiten bereitet, indem sie genöthigt wurden, sich zum Polizeicommissariat zu bemühen, das in manchen Fällen seine Hülfe verweigerte, bis es zu Unglücksfällen oder einem öffentlichen Skandal kam. — Der Zustand der Kranken verschlimmert sich oft durch eine derartige Intervention; durch die Fahrt von der Wohnung zur Polizeipräfectur, durch den Aufenthalt an diesem gefürchteten Orte und endlich durch eine erneute Fahrt in einem Gefängnisswagen von der Polizei zum Aufnahmebureau des klinischen Asyls. Alle diese Uebelstände erfordern Abhülfe. Die Polizei sollte nicht in so schädlicher Weise bei Unterbringung der Kranken interveniren. Es wurde

Digitized by Google

Herr Dr. Roller, C., Dir. der Heil- u. Pflegeanst. zu Brake (Lippe-Detmold).
- - Roller, A., Landgerichtsrath in Waldshut (Baden).
- - Roth, Kreisphysikus in Belgard.
- - Rothe, Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Th. Saelan, Dir. der Irrenanst. zu Lappwik bei Helsingfors in Finnland.
- - Schäfer, Dir. der Prov.-Irrenanst. in Lengerich (Westphalen).
- - v. Schaeffer, Ober-Med.-Rath in Cannstadt.
- - Schlangenhausen, Docent u. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steyermark).
- - Schmitz, in Bonn.
- - Scholz, Dir. d. allgem. Krankenhauses zu Bremen.
- - Schröter, Dir. der Prov.-Irrenanstalt in Eichberg (Nassau).
- - Schuchardt, Hilfsarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn.
- - Schupmann, San.-Rath u. dir. Arzt d. Siechenanstalt zu Gesecke (Westphalen).
- - O. Schwartz, Geh.-Med.-Rath zu Cöln.
- - Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - G. Seifert, Med.-Rath u. pract. Arzt zu Dresden.
- - Servaes, San.-Rath zu Cöln.
- - Silomon, pract. Arzt in Norden (Prov. Hannover).
- - Smoler, Dir. des Allgem. Krankenhauses zu Prag.
- - Snell, Geh. Med.-Rath und Dir. d. Irrenanst. zu Hildesheim.
- - Sommer, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Allenberg.
- - C. Spamer, Kreisarzt zu Lauterbach (Grossh. Hessen).
- - Stark, San.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. Stephansfeld (Elsass).
- - Steinthal, Geh. San.-Rath in Berlin.
- - Stenger in Würzburg.
- - Tigges, Geh. Med.-Rath zu Düsseldorf.
- - Tribolet, fr. Dir. d. Irrenanst. Waldau b. Bern.
- - Ullrich, Arzt an der Kreis-Irrenanstalt in Erlangen.
- - Urtel, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanst. zu Halle.
- - Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.
- - Vix, Geh. Med.-Rath in Frankfurt a. M.
- - Wahrendorf, Geh. San.-Rath und Dir. der Privatirrenanstalt Ilten.
- - Walter, dir. Arzt an der Landes-Irrenanstalt in Münsterlingen.
- - Weiss, Privatdocent an der Universität Wien.
- - Wendt, emer. Dir. d. Irrenanst. zu Schwetz, z. Z. in Berlin.
- - Wernicke, Prof. der Psychiatrie an der Univers. zu Breslau.
- - Wiebecke, Reg. Med.-Rath in Frankfurt a. O.

Digitized by Google

Herr Dr. Wiedemeister, Director der Privatanstalt zu Ballenstedt im Harz.
- - Wildermuth, ärztl. Dir. der Idiotenanst. in Stetten (Württemberg).
- - L. Wille, Prof. u. dir. Arzt der Irrenanst. zu Basel.
- - L. Witkowsky, Arzt an der Irrenanst. Hördt (Elsass).
- - Zenker, Dir. an der Privatheilanstalt Bergquell bei Stettin.
- - Zillner, Prof. u. Primärarzt an d. Irrenanst. zu Salzburg.
- - Zinn, Geh. San.-Rath, Dir. u. Chefarzt d. Irrenanstalt zu Eberswalde.

Digitized by Google

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 2. Halbjahre 1884.

Redaction: W. Nasse-Bonn.

Digitized by Google

Digitized by Google

1. Psychologie. Referent: Spamer.

A. Herzen (Pf. d. Physiol., Lausanne), übers. v. *Mc Dowall*: Die physischen Bedingungen für Bewusstsein. — The J. of Ment. Sc., April u. Juli.

H. knüpft in seiner, aus 5 Abschnitten bestehenden Abhandlung an *Cleland*'s Artikel (S. diese Ztschr. Bericht etc. Bd. 40, S. 3*) an, und bemerkt, dass er übereinstimme mit dem kritischen Theile dieser Abhandlung, aber nicht mit deren positiverem Theile, denn den peripherischen Nervenendigungen Bewusstsein zuzuschreiben finde er ebenso schwer vereinbar mit dem Ergebniss klinischer Beobachtung, wie mit dem der physiologischen Experimente.

Während die meisten Physio-Psychologen einig seien in der monistischen Anschauung, seien sie sehr verschiedener Meinung über die Beziehung zwischen Bewusstsein und körperlicher Nerventhätigkeit. Besonders in England werde darüber viel gestritten. *H.* führt als Vertreter der 2 wesentlichsten Meinungen *H. Maudsley* und *G. H. Lewes* an. Der Erstere sagt, dass zum Bewusstwerden einer Vorstellung einmal eine gewisse Intensität derselben gehöre und ferner, dass sie nicht gänzlich in's Muskelsystem abfliesse. Viele Vorstellungen, welche sich sehr rasch aneinanderreihen, blieben unbewusst und der Schluss, zu dem sie führen, können dadurch dem Denkenden selbst unerwartet oder zufällig erscheinen. — Ausserdem sagt *M.*, dass das Verharren in demselben Bewusstseinszustand Unbewusstsein bedinge, und führt als Beispiel dessen an, dass wir den mächtigen Druck der atmosphärischen Luft nicht fühlen. — *H.* weist dieses Beispiel zurück und meint, die Nerven seien einfach durch diesen Druck nicht erregbar, wir nähmen also den Druck aus demselben Grunde nicht wahr, aus dem ein Blinder keine Farbe wahrnehme, und ein Tauber keine Töne.

Vf. weist dann weiter darauf hin, dass eine Menge von Thätigkeiten, welche zuerst auf Grund geschehener Ueberlegung willkürlich ausgeführt wurden, mit anticipirtem Bewusstsein, nach und nach so leicht und schnell ausgeführt werden, auf bestimmte (äussere oder innere) Reize hin, dass keine Zeit mehr zum Bewusstwerden derselben bleibt, dass sie unbewusst, automatisch werden.

Lewes will diese Thatsachen in seinem Werke „die physische Grundlage der Seele" nicht gelten lassen. Er schreibt Gedächtniss, Urtheil, Vernunft und Willen jedem thätigen Nervencentrum zu, mit Einschluss des Rückenmarkes. Während *Maudsley* die „omniabsence" des Bewusstseins, selbst bei der höchsten intellectuellen Thätigkeit, beweisen will, sucht *L.* die „omni-

Digitized by Google

presence" desselben plausibel zu machen, ihre Anwesenheit bei jeder Nerventhätigkeit.

Die Wahrheit liegt nach *H.* in der Verbindung beider Meinungen, von welchen jede einseitig übertrieben worden sei. Er führt aus, dass zwischen physischer und psychischer Thätigkeit kein Unterschied bestehe, dass beide nur je eine specielle Form materieller Veränderungen seien, welche, weil sie in uns stattfänden, auch eine subjective Seite (a subjective aspect) hätten. Bewusstsein sei nur die subjective Anschauung einer Anzahl dieser Veränderungen, während die objective rein psychisch bleibe. Das Bewusste und Unbewusste beständen immer und überall nebeneinander, es könne bald das eine, bald das andere vorherrschen.

Vf. formulirt als „physikalisches Gesetz des Bewusstseins" folgende Sätze: Bewusstsein ist ausschliesslich mit der functionellen Zersetzung der Nervensubstanz verbunden. Seine Intensität steht in directem Verhältniss zu dieser Zersetzung, und im umgekehrten zu der Leichtigkeit, mit welcher jedes dieser Elemente seine functionellen Schwingungen auf andere überträgt und selbst wieder in den Ruhezustand (in Erholung) zurückgeht.

H. führt aus, wie beim Lesenlernen jeder Buchstabe dem Lernenden deutlich bewusst wird, bei einiger Uebung nur noch jedes Wort, und schliesslich nur noch jeder Satz als Ganzes; ja, wie man dann während des Lesens unter Umständen noch über das Gelesene nachdenken, d. h. also seine Gedanken abschweifen lassen könne. Ebenso setzten die zahlreichen isolirten Vibrationen schliesslich das zusammen, was man zuweilen „coenaesthesia" oder Gesammtbewusstsein genannt habe, wofür *H.* aber den Namen „Panaesthesia" vorschlägt.

Das Bewusstsein ist ein zusammenhängendes, einestheils deshalb, weil die Vorgänge der functionellen Zersetzung fortwährend aufeinander folgen und anderentheils weil die früheren Bewusstseinserregungen immer wieder aufgeweckt werden.

Alle Conjecturen, welche wir über Bewusstsein oder Nichtbewusstsein bei den Bewegungsreactionen der niederen Centren machen, können sich nur stützen auf das, was rein subjective Beobachtung uns über das Bewusstsein bei der Thätigkeit der Rindencentren lohnt. Es sind also deductive, nicht inductive Schlüsse, welche wir darüber machen.

An sich selbst hat *H.* Beobachtungen über das Bewusstsein angestellt, und zwar, da er an häufigen Ohnmachtsanfällen gelitten hat, besonders über das wiedererwachende Bewusstsein nach diesen Anfällen. Zuerst bekam er immer wieder ein unbestimmtes, blasses Gefühl der Existenz, ohne Bewusstsein einer eigenen Persönlichkeit, einer Trennung des Ich von der übrigen Natur. Eine Unterscheidung gab es hier nur zwischen Angenehm und Unangenehm. Wahrscheinlich führen in diesem Stadium die Extremitäten Reflexbewegungen auf Hautreizungen hin aus, während die Hirncentren noch unerregbar sind (? Ref.). *H.* glaubt, dass jenes Gefühl durch das Rückenmark vermittelt werde. Nur ein derartiges Bewusstsein können wir bei den

Digitized by Google

kleinen Wesen annehmen, deren Körper noch nicht in Organe geschieden ist, und ebenso bei dem neugeborenen Kinde. Mit der Entwickelung der Thierreihe erreicht der vorderste Theil des Rückenmarkes eine ganz vorwiegende Ausbildung und die Thätigkeiten folgen dieser Entwickelung, sie verlassen die Rückenmarkscentren immer mehr und bleiben schliesslich nur Organ der Uebertragung bestimmter Reflexacte; ihre Thätigkeit wird immer mehr unbewusst.

In dem weiteren Verlauf der Bewusstseinswiederkehr beobachtete *H.* an sich das allmälige Auftreten unbestimmter Unterscheidungen. Er begann zu sehen und zu hören, aber zwischen den verschiedenen Tönen und Farben war noch kein Zusammenhang gebildet; es war ein Zustand unaussprechlicher Verwirrung. Dann folgte die Wiederherstellung der intracentralen Reflexe. Die verschiedenen Empfindungen begannen einander zu beeinflussen, sie wurden damit allmälig klarer und localisirt, es entstand wieder die Empfindung des Ich. Es fehlte nur noch das Verständniss der Umgebung, welches sich nach Ablauf einer weiteren Zeit plötzlich ebenfalls einstellte.

Verf. schliesst aus diesen Beobachtungen, dass die sensorischen Centren jedes für sich Bewusstsein in seiner Weise vermitteln können, aber nur ein sehr unbestimmtes, ohne Verknüpfung und Localisirung der Gefühle; ferner, dass durch die Combination der sensorischen Centren ein individuelles Bewusstsein in elementarer Form, ein Gefühl der Einheit des Ich erzeugt, dagegen dies Ich noch nicht mit der Umgebung in Beziehung gebracht werde.

Maudsley, indem er Bewusstsein dem Rückenmarke sowohl, wie den sensorischen Centren abspricht, scheint dem Vf. „Selbstbewusstsein“ mit „Bewusstsein“ im Allgemeinen zu verwechseln. Nur letzteres will *H.* auch den niederen Centren zusprechen. Bewusstlosigkeit kann er in all diesen Centren nur da annehmen, wo für die Reflexbewegung ein vollkommen vorgebildeter, — sei es ererbter oder erworbener — Mechanismus besteht. Dies ist nun schon bei den sensorischen Centren, welche einer Unzahl verschiedenartiger Eindrücke ausgesetzt sind, nicht denkbar. Es werden hier immer neue Bahnen gebildet, und während dieser Bildung findet ein gewisses Bewusstsein statt, welches mit der Ausbildung der Bahnen wieder verschwindet. Besonders deutlich findet dies bei ihrer Hemisphären künstlich beraubten Thieren statt, z. B. bei dem *Pflüger*'schen decapitirten Frosche, welcher, nach fruchtlosem Versuch, den Säuretropfen mit dem betr. Beine abzuwischen, das andere Bein zu Hülfe nimmt.

Zwischen der Reflexthätigkeit im Rückenmarke und der in den sensorisch-motorischen Centren findet *H.* einen viel grösseren Unterschied, als zwischen der Thätigkeit in letzteren und der in der Hirnrinde. Vom ersten zum zweiten sei ein Schritt vom Einfachen zum Complicirten, vom zweiten zum dritten nur ein solcher vom Complicirten zum noch Complicirteren.

Digitized by Google

Zusammenfassend äussert sich *H.* zuletzt so: 1) Im Rückenmark besteht ein elementares, unpersönliches, unintelligentes Bewusstsein, stärker bei den niederen, schwächer bei den höheren Thieren. — 2) In den sensorisch-motorischen Centren kommt Ich-Bewusstsein und ein Keim von Intelligenz vor. — 3) In den Rindencentren: volles Bewusstsein, klare Erkenntniss der Beziehungen zwischen dem Ich und der Aussenwelt. — 4) In dem ganzen Nervensystem gilt bezüglich der Bewusstseinsvermittelung das Gesetz, einmal, dass das Bewusstsein verbunden ist mit der Zersetzung (Disintegration) der centralen Nervenelemente, und dann, dass seine Intensität in directem Verhältniss zu dieser Zersetzung steht und in umgekehrtem Verhältniss zu der Leichtigkeit, mit welcher die Zersetzung von dem einen Element auf das andere übertragen und das erste wieder in den vorigen Stand gesetzt wird.

Der 5. Abschnitt der Abhandlung knüpft an den paradoxen Satz *Maudley*'s an, dass der Mensch ohne Bewusstsein eine ebenso vollkommene intellectuelle Maschine sein würde, als mit demselben, ein Satz, über den *Lewes* empört ist. *H.* findet zur Empörung darüber keinen Grund. Der bewusste Seelenvorgang ist ihm Zeichen einer Unvollkommenheit der Hirnorganisation. Er beweist das Vorhandensein einer neuen, ungewohnten Thätigkeit, welche keinen fertigen Mechanismus zu ihrer Entladung vorfindet und dadurch das Gleichgewicht des angeborenen oder erworbenen Automatismus stört. Die Thätigkeitsschwingungen laufen nach seiner Ansicht so lange unbewusst ab, bis sie auf Elemente stossen, welche der Uebertragung, resp. Fortpflanzung der Schwingungen Widerstand leisten. Sie werden wieder unbewusst, wenn durch öftere Zurücklegung des Weges der Widerstand beseitigt, die Bahn gebildet ist. Das Bewusstsein selbst hört aber darum nie auf, es wird nur mit Vorstellungen immer höherer Ordnung angefüllt, während die niederen aus ihm verschwinden. Ohne diese Thatsache wäre auch eine hohe Entwickelung des Geistes nicht möglich, die niederen Gedankenmanipulationen müssen beim höher gebildeten Menschen unbewusst, automatisch vollzogen werden. Der bewusste Vorstellungsprocess bildet die Uebergangsphase von einer niedereren zu einer höheren Hirnorganisation, er beweist, „dass Physiologie noch nicht Morphologie geworden ist".

Die Beschränkung der ganzen psychischen Thätigkeit auf einen unbewussten Automatismus würde nur möglich sein, wenn entweder eine absolute Grenze zwischen Erkennbarem und Unerkennbarem erreicht sein würde, oder wenn die organische Entwickelung des Hirns an einer unüberschreitbaren Grenze angelangt wäre. Letzteres ist bei den Thieren der Fall, sie bewegen sich im Kreise eines mehr oder weniger vollkommenen Automatismus (? Ref.), den der Mensch allein zu durchbrechen vermocht hat. *H.* hält es für sicher, dass lange, ehe er eine der beiden genannten Grenzen erreicht haben wird, die Abkühlung unseres Sonnensystems die Möglichkeit des Lebens auf der Erde aufgehoben haben wird.

Digitized by Google

Paul Moreau (de Tours), Narren und Possenreisser (fous et bouffons). — L'Encéphale, No. 4.

Nachdem *M.* daran erinnert, dass sein Vater in der „Psychologie morbide" die Buckligen und Rhachitischen ausführlich besprochen habe, welche sich durch Geist hervorthaten, führt er aus, dass doch die meisten derselben eine Mittelstufe zwischen geistig ganz normalen und geistig kranken Menschen im gewöhnlichen Sinne darstellen, wie es ebenfalls schon sein Vater ausgesprochen habe. Diese Menschen zeigten alle Erscheinungen der Nervosität und diese Anlage lasse sich durch ganze Familien hindurch verfolgen. Die Individuen stellten merkwürdige Mischungen von Lastern und von Tugenden, von Grösse und Niedrigkeit, von Egoismus und Edelmuth, von Muth und Feigheit, von Sanftmuth und Wildheit, von intellectueller Schwäche und leuchtenden Geistesblitzen dar.

Einzelne Familien in Frankreich hätten lange das Privileg besessen, den Königen des Landes die Hofnarren zu liefern, was Vf. an Beispielen ausführt. Diese Hofnarren seien allerdings meist auch noch von sehr guten Lehrern für ihre Rolle vorbereitet worden. Sehr häufig hätten dieselben indess auch körperliche Degenerationszeichen an sich getragen: ein breites, plattes Gesicht, grossen Mund, dicke Lippen, schlechte Zähne, Schielaugen, schlotternden Kopf, dicken schlaffen Bauch, Verbiegungen der Wirbelsäule, schlaffen Gang. Ehen unter ihnen waren meist unfruchtbar, wie von Katharina von Medici und Anderen gemachte Züchtungsversuche ergeben hätten.

Vf. bespricht dann speciell zuerst die Zwerge, dann die Riesen-, welch letztere meist, erschöpft von dem furchtbaren Wachsthum, frühe zu Grunde gegangen seien, und welche so gut wie Jene in die Klasse der Rhachitiker gehörten, deren physische und moralische Charaktere gezeigt hätten; — und schliesslich die Hofnarren (bouffons), welche sich, einzelne hervorragende Ausnahmen abgerechnet, Alle geglichen hätten. — Die Sitte, sich Menschen letzterer Art zu halten, scheine von Asien, von den Persern oder von den Egyptern gekommen und zunächst nach Griechenland und Rom übergegangen zu sein. Einer der ältesten und der berühmteste dieser Menschen sei der Fabeldichter Aesop gewesen, 200 Jahre vor der Gründung Rom's, ein Phrygier von Geburt. Derselbe soll von einer wahrhaft entsetzlichen Missgestalt gewesen sein.

Weiterhin unterzieht Vf. die Erzählungen von unter dem Einfluss einer heftigen Erregung manchmal plötzlich zu Stande gekommenen Entwickelung der vorher schlummernden Geistesthätigkeit bei armen Menschen dieser Klasse einer Besprechung. Er führt eine Anzahl der berichteten Beispiele an und sucht sie physiologisch (durch plötzlichen Blutandrang u. dgl.) zu erklären, auch durch den Hinweis auf die häufiger beobachtete plötzliche Entwickelung der Geistesthätigkeit bei lange zurückgebliebenen K[illegible] Thatsache das Wunderbare zu nehmen.

Digitized by Google

Bezüglich des hydrocephalischen Schädels führt Vf. an, dass sein Vater, gestützt auf Sectionsergebnisse, den Satz aufgestellt habe, dass jener meist die Folge einer Hypertrophie der Hirnmasse, seltener Folge eines serösen Ergusses im Schädel sei. Entsprechend jener Hypertrophie sei gewöhnlich eine frühe, unnatürlich schnelle Entwickelung der geistigen Fähigkeiten vorhanden, auf welche später in der Regel ein plötzlicher Stillstand oder sogar ein langsames Zurückgehen folge. Es bilde dieser Gang das Gegenstück zu der vorher erwähnten plötzlichen Entwickelung nach längerer Hemmung.

Am Schlusse der ausführlichen Abhaudlung bespricht Vf. die Simulanten, diejenigen, welche zum Zwecke des Erwerbes oder des Einflusses die Eigenschaften der Hofnarren nur zur Schau getragen. Etwas von diesen Eigenschaften, meint er, hätten sie trotzdem meist wirklich besessen, denn es sei ja ein Charakterzug der Rhachitischen, dass sie gern Comödie spielten und, sei es zu bestimmtem Zwecke, sei es selbst ohne Zweck, lögen.

J. M. Carnochan, Localisation im Gehirn in Beziehung auf Geisteskrankheit. — The med. legal J., Juni.

C. hebt hervor, wie unbestimmt und unklar die Begriffe der alten Philosophen über die Seelenthätigkeiten waren, wie unendlich verschieden, willkürlich aufgebaut, ihre Unterscheidungen und Systeme. Erst *Bacon* habe, nach allgemeiner Annahme, die inductive Methode der Forschung eingeführt. — *Descartes* erklärte, nichts für wahr anzusehen, als was durch die Vernunft und durch Versuche bewahrheitet werde. — *Hobbes*, ein Zeitgenosse Beider, ein „Materialist", erklärte das Fühlen für die Grundlage aller Kenntniss und führte eine doppelte Art der Forschung ein: die durch Induction oder Analyse, und die durch Deduction oder Synthese. — *Locke*, dessen Aufsatz über den menschlichen Verstand 1690 erschien, versuchte den Beweis, dass es keine angeborenen Ideen gebe, dass die Seele des Kindes eine tabula rasa sei, dass ihr alles Material für Vernunft und Erkenntniss aus der Erfahrung zufliesse. — Bischof *Berkeley*, bald nach *Locke*, baute ein System absoluten Idealismus' auf, indem er behauptete, dass es keinen Beweis für die Existenz einer materiellen Welt gebe. — Im Gegensatze zu ihm stand wieder *Hume*, welcher annahm, dass die Vorstellungen Copien von Eindrücken individueller Dinge seien. — *Kant* („1724") legte die Grenzen unserer Erkenntniss dar. — *Leibnitz* (1646—1717) stellte die Theorie der Nomaden auf und das System des Optimismus. Die Vorstellungen kamen nach Letzterem von den seelischen Monaden her. Körper und Geist waren ihm 2 gänzlich getrennte Maschinen, welche durch eine präetablirte Harmonie in ganz gleicher Weise functionirten. — Ein anderer Philosoph nannte diese Theorie „den Traum eines grossen Geistes".

Alle diese Systeme sind lediglich auf Grund innerer Selbstbeobachtung der Geistesthätigkeit construirt worden, ohne Rücksicht auf das diese Thätig-

Digitized by Google

keit vermittelnde Organ. Seit *W. Hamilton* (1829—1836) entstand eine philosophische Schule, welche auf der materialistischen Theorie fusste, dass geistige Aeusserungen jeder Art die wesentlichen Functionen lebendiger Gebilde darstellten. Der vornehmste Repräsentant dieser Schule ist *Herbert Spencer*, aber lange ehe sein Werk erschien, hatte *Franz Josef Gall* (geboren 1753), ein Mann von ungewöhnlicher Beobachtungsgabe, diesen Satz begründet. Des Letzteren Vorlesungen waren 1805 in Wien verboten worden, worauf er nach Paris übersiedelte und dort in der Folge mehrere Werke herausgab. Seine wesentlichen Angaben sind in neuester Zeit bestätigt worden durch die Lehren der „Psychophysik", wie man es in Deutschland, oder der „Hirnpsychologie", wie man es in England nennt.

Ihre wesentlichste Stütze fand die Theorie der Localisation im Centralnervensystem durch *Charles Bell* (1811), später durch *Broca*.

Heute ist die Abhängigkeit der Function von der Organisation unter Physiologen keine Streitfrage mehr. Die Fortschritte in der Hirnanatomie und Physiologie haben die Centren, d. h. die Endigungen der meisten Nerven, incl. der höheren Sinnesnerven, uns aufgedeckt, haben auch die Localisation bestimmter Fähigkeiten — z. B. der Sprache — möglich gemacht.

Erst auf der Beziehung zwischen Organ und Function kann eine physiologische Psychologie begründet werden, welche auf soliderer Basis ruht und ausserdem leichter verständlich ist, als die Systeme der Metaphysiker es waren. Vor Allem aber kann sie allein zu einem klaren Verständniss der Erscheinungen von Geisteskrankheit führen, welche von Jenen gänzlich bei Seite liegen gelassen wurden.

Eine genaue Localisation der einzelnen Hirnorgane ist allerdings erst noch von der Zukunft zu erwarten, doch drängen die Thatsachen zur Annahme, dass 1) das Stirnhirn das Organ der Intelligenz einschliesse, 2) die Occipitalregion die affectiven oder Gemüthsbewegungsorgane, 3) die Temporosphenoidallappen die thierischen Triebe und 4) die Coronalregion die moralischen Gefühle.

Es können alle diese Organe des Hirnes auf einmal erkranken, aber auch nur einzelne derselben, während die anderen vollkommen gesund bleiben. Namentlich muss man dabei an die in den peripheren Organen eingebetteten Nerven denken und den Einfluss, den sie auf das Hirn ausüben; sie können direct und indirect die Ursache von Geisteskrankheit werden. Ausserdem können einzelne Organe des Gehirns leiden, wenn ihre Thätigkeit über die physiologische Grenze hinaus angespannt wird.

Hiernach wird der Begriff „Geisteskrankheit" definirt als eine krankhafte Beschaffenheit des ganzen Hirnes oder einzelner Theile desselben, welche sich offenbart durch von falschen Prämissen ausgehende, aber correcte Schlüsse, oder durch incorrecte Schlüsse, die aus richtigen Prämissen gezogen sind, oder endlich durch falsche Schlüsse aus falsche Prämissen.

Digitized by Google

John P. Gray (Dir. d. Irrenanst. Utica, N. Y.), **Erblichkeit. — Amer. J. of Insanity, Juli.**

G. hat, als Vorsitzender der Versammlung amerikanischer Irrenanstalts-Directoren, in Philadelphia Mai 1884 einen Vortrag gehalten, welcher mit den Worten beginnt: „Erblichkeit ist eine der unbestreitbaren Thatsachen in der Natur", der sich aber alsbald gegen alle als Zeugen dieses Gesetzes vorgebrachten Thatsachen aus dem Gebiete der Pathologie wendet. Nur für das physiologische Gebiet will *G.* das Gesetz gelten lassen. Die Natur habe, führt er aus, keine Tendenz, destructive Vorgänge fortzusetzen, sondern im Gegentheil die, alle ungünstigen Eigenschaften der Erzeuger zu entfernen. Alles was als Beispiel für Krankheitserblichkeit angeführt werde, sei nur auf Aehnlichkeit oder Gleichheit der Erziehung und Umgebung zurückzuführen, Alles sei das Ergebniss äusserer Einflüsse. Die Beispiele von Vererbung überzähliger Finger, besondere Gesichtszüge, von Grösse, Farbe, von Schielen, Kurzsichtigkeit u. s. w. hätten nichts mit der behaupteten Vererbung krankhafter Vorgänge zu thun, sondern seien einfach abnorme Besonderheiten (!! Ref.). Die betreffenden Organe seien gesund, ebenso wie krumme Beine gesund sein könnten. — Krankheiten seien zufällige Zustände, erzeugt durch ausserhalb der Organismen liegende Ursachen. Die Lehre von der Krankheitsvererbung stamme aus einer Zeit, in der die Philosophie mehr Einfluss auf die Meinungen hatte, als ärztliche Beobachtung. Sie sei uns überkommen wie eine Art Legende. Man könne sich unmöglich ein Ei vorstellen, ausgerüstet mit einer Disposition zur Selbstzerstörung (erfolgt der Tod aus Altersschwäche auch durch reine äussere Ursachen? Ref.).

Selbstmord durch erbliche Anlage erklären resp. entschuldigen zu wollen, hiesse dem gesunden Menschenverstande etwas vorgaukeln. Selbstmord sei nur ein Verbrechen, ebenso wie Trunkfälligkeit nur ein Laster. — Die „primäre Verrücktheit" erkennt *G.* nicht an; um ihre Existenz zu beweisen, gebrauchen die Deutschen eine merkwürdige Gewandtheit und Findigkeit in Wort-„Manipulationen". *Arndt* wird als besonders schreckhaft leuchtendes Beispiel dafür angeführt. — Geisteskrankheit sei immer eine acute Krankheit.

Zum Schlusse wendet sich *G.* gegen die Aerzte, welche annähmen, dass ein Mensch „halb die Moral eines Geisteskranken und halb gesunde Intelligenz haben könne", und welche dem entsprechend vor Gericht die absurdesten Zeugnisse ablegten.

(Die hier vorliegenden erstaunlichen Ausführungen können vom Ref. nur als möglich erachtet werden bei Fernstehen vom Leben und von der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, den unzähligen Uebergangsformen, welche es dem Arzte zeigt; ferner beim Beharren auf der längst mindestens ziemlich allgemein als unhaltbar erkannten theoretischen Annahme einer

Digitized by Google

scharfen Grenze, eines fundamentalen Unterschiedes zwischen physiologischen und pathologischen Vorgängen.)

C. B. Burr, Wahnideen (delusions), Illusionen- und Hallucinationen. Detroit Lancet, Juli.

Es ist ein auf Wunsch der Versammlung veröffentlichter Vortrag, welcher bekannte Thatsachen in äusserst hübscher Form zusammenstellt.

Zunächst führt Vf. den Unterschied zwischen Wahnideen und falschen Meinungen aus, indem er auf den Hexenglauben und die Hexenprocesse der guten alten Zeit hinweist, infolge deren von 1603 bis 1680 allein ungefähr 70000 Personen am christlichen Feuer geröstet wurden. An zahlreichen Beispielen weist er die Ansteckung des Besessenseinsglaubens, der Lycanthropie besonders, nach, deren Nachkommen die „religiösen Erweckungen" von heute bilden, und zeigt dabei, wie eine aufgeregte Einbildungskraft das Urtheil von hunderten und tausenden von Individuen zeitweilig verdunkeln oder vernichten kann.

Dann weist er auf den Einfluss hin, welchen intensive Concentration des Denkens und Einsamkeit auf die Entstehung von Wahnideen haben, auf die Hallucinationen von Mahomed, von Swedenborg, von Luther, (Paulus?) und Anderen, beleuchtet der Hallucinationen Einfluss auf Religionsstiftungen und ihre Bedeutung als einen, öfters allerdings ganz vorübergehenden Zustand von Unordnung in der psychischen Sphäre; endlich ihre manchmal sehr deutliche Entstehung in Folge von Erkrankung peripherer Organe. Weiter bespricht er auch die unabhängig von Hallucinationen und Illusionen auftretenden Wahnideen und warnt schliesslich vor aller Einseitigkeit, vor allen Steckenpferden, wenngleich einzelne Genies dadurch Besonderes erreicht hätten.

Ssikorsky, Ueber die Erscheinungen des partiellen Bewusstseins. — Russisch.-Neurol. Centralbl. No. 16.

Vf. beschreibt einige Fälle von unvollkommener Bewusstseinsstörung epileptischer Natur. Eine Patientin hatte kurzdauernde schwindelähnliche Anfälle, während welcher sie den Sinn der Worte nicht begriff, welche man an sie richtete, aber wusste, dass man mit ihr sprach und sich selbst richtig ausdrücken konnte. Auch nahm sie Gesichtseindrücke in normaler Weise wahr.

In der Beeinträchtigung einzelner psychischer Functionen fand Vf. eine Bestätigung der Ansicht, dass verschiedene psychische Vorgänge isolirt aus dem allgemeinen Bewusstseinsinhalt ausfallen können, während andere in ungestörter Weise weiter verlaufen. Dieses Verhalten lässt seines Erachtens auf eine räumliche Localisation der einzelnen psychischen Functionen in umschriebenen Centren der Hirnrinde schliessen.

Digitized by Google

v. Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. — *Erlenmeyer*'s Centralbl. No. 21.

K. hat als ersten Theil einer grösseren Arbeit über die Sinnestäuschungen einen Aufsatz über die Pseudohallucinationen beendigt, welcher demnächst erscheinen soll; er theilt hier nur einstweilen die Resultate, zu denen er gekommen ist, mit. — Keine der vor ihm vorhandenen Theorien hat er fähig befunden, alle Thatsachen zu umfassen.

Zunächst stellt er — wie sehr zu loben — eine Definition des Begriffes „Hallucination" auf, indem er sie bezeichnet als eine subjective (objectlose), sinnliche Wahrnehmung. Daher sei ihr Inhalt auch immer concret, könne nie abstract sein.

Bei Geisteskranken will *K.* 3 Arten subjectiver sinnlicher Wahrnehmung unterschieden wissen: 1) gewöhnliche, nur gesteigerte sinnliche Reproductionsvorstellungen, also einfache Erinnerungsbilder, 2) Pseudohallucinationen, 3) wirkliche Hallucinationen.

Eine wahre Hallucination könne man nur da annehmen, wo das Sinnesbild im Bewusstsein mit dem vollen Charakter objectiver Wirklichkeit ausgestattet, auftrete. Gradationen in dieser Objectivität gebe es nicht, entweder habe der Kranke eine Hallucination, oder er habe keine. Es gebe keine Uebergänge zwischen den nichthallucinatorischen sinnlichen Wahrnehmungen (Erinnerungsbildern und seinen eigentlichen Pseudohallucinationen) und den wirklichen Hallucinationen.

Rücksichtlich des Ursprungs der Hallucinationen sagt Vf.: Hallucinationen rein corticalen Ursprungs sind nur die Träume und traumartige Hallucinationen; bei vollem Bewusstsein sind Hallucinationen rein corticalen Ursprungs unmöglich. Es können solche dann vielmehr nur unter Mitwirkung der subcorticalen Sinnescentren auftreten; gerade durch der letzteren Antheilnahme wird (ebenso wie bei der normalen objectiven Anschauung) der Charakter der Wirklichkeit für das Individuum vermittelt. — Auf dem Wege nur der Steigerung der Spannung oder Intensität der sinnlichen Reproductionsvorstellung kann niemals eine Hallucination entstehen.

Die Pseudohallucinationen sind (nach Vf.) in dem Sinne oder wenigstens in dem Umfange, wie in seiner Arbeit noch von Niemand beschrieben worden. Er versteht darunter sehr lebhafte subjective Wahrnehmungen, welchen nur der für die wahren Hallucinationen unentbehrliche Charakter der objectiven Wirklichkeit fehlt. — Solche Pseudohallucinationen sind in jedem unserer Sinne möglich. Von den gewöhnlichen Erinnerungs- oder Phantasiebildern unterscheiden sie sich durch ihre Receptivität (im *Fechner*'schen Sinne), dann durch ihre Spontaneität, ihre Zwangsmässigkeit, ihre grosse sinnliche Bestimmtheit und Vollkommenheit, und durch die Stetigkeit des Bildes. Sie entspringen aus Erregungszuständen in der Grosshirnrinde und spielen in den Sinnesdelirien der acut Kranken (bes. der acut Verrückten) keine geringere Rolle, als die wirklichen Hallucinationen. Auch

Digitized by Google

in stabiler Form kommen sie bei chronisch Kranken vor. Sie sollen zeugen gegen „die antiphysiologische Theorie der centrifugalen Verbreitung der Erregung in den centripetalen Leitungsbahnen des Hirnes“.

Das Vorkommen von hallucinatorischen Erinnerungen will Vf. nicht in Abrede stellen, aber er will auch Thatsachen für die Existenz von pseudohallucinatorischer Erinnerung beibringen.

Das „innere Reden“ der Kranken selbst scheidet er von den Hallucinationen, wie von den Pseudohallucinationen; es muss auch streng von dem „inneren (pseudohallucinatorischen) Hören“ der Kranken unterschieden werden.

Die Gehörshallucinationen bei der primären Verrücktheit, bes. der chronischen (Verfolgungswahnsinn), spricht Vf. als Pseudohallucinationen an, welche sich unter dem Einfluss eines Reizes (aber ohne Centrifugalität) im subcorticalen Centrum des Gehörs in wirkliche Hallucinationen verwandeln.

Hypnotismus und Verwandtes.

Taguet, Hypnotismus mit Hyperästhesie des Gehörs und Geruchs. — Annal. méd. psych., März.

T. bekämpft zunächst die Ansicht mancher Autoren, z. B. *H. Tuke's*, dass der Gesichtssinn im Hypnotismus stumpf, das Sehen in die Ferne sogar aufgehoben sei. Für *T.* ist im Gegentheil die Hyperästhesie der Sinne überhaupt eine nothwendige Erscheinung des Hypnotismus. Man muss nur im richtigen Augenblicke untersuchen. Die Hyperästhesie kann sogar Grade erreichen, die an das Uebernatürliche grenzen, wie folgender Fall beweist:

Frl. N. C., 19 J. alt, von dem Trunk ergebenen Eltern stammend, hat schon in zartester Kindheit die Zeichen der Hysterie geboten. Im 13. Lebensjahre hatte sie eine Reihe von Anfällen (crises), welche einige Tage lang dauerten und nach 3 Jahren, unter dem Einfluss einer heftigen Erregung, wiederkehrten. Im Nov. 1882 zeigte sie zum ersten mal ausgesprochene Erscheinungen der Hysteroepilepsie, mit Somnambulismus verbunden, welche Anfälle ihre Aufnahme in die Irrenanstalt nothwendig machten. Ihr Delirium setzte sich aus 2 scharf getrennten Abschnitten zusammen; im ersten sprach, schrieb und arbeitete sie lebhaft, mit geschlossenen Augen, bei vollständiger und allgemeiner Anästhesie, in dem zweiten hörte und beantwortete sie alle Fragen ohne allen Rückhalt. Ihr Gedächtniss war gut, vielleicht sogar gesteigert. Ihre Stimme war lauter als im Normalzustande, die ihr im letzteren eigene Furchtsamkeit hatte einer gewissen Kühnheit und gehobenen Stimmung Platz gemacht. In diesem Zustande konnte man ihr alle möglichen Hallucinationen beibringen, sie sah, hörte, roch, [illegible] Alles was man ihr vorsprach.

In den ersten 4 Monaten ihres Spitalaufenthaltes war es [illegible]

Digitized by Google

lungen, Hypnose bei der Pat. zu setzen. Sie hatte während der Zeit ihren Charakter völlig geändert. Statt furchtsam und zurückhaltend, war sie keck und mittheilsam geworden, duzte Jedermann. Dabei wähnte sie sich manchmal minutenlang im Kloster, in dem sie früher gelebt hatte, handelte und sprach ganz danach, um im Momente darauf es wieder gänzlich vergessen zu haben. Es bestand vollständige Anästhesie des Stammes, der Glieder und des Gesichts. „Hysterogene Zonen" waren sehr ausgeprägt; man brauchte z. B. nur die Ellenbogenbeuge anzublasen, oder einen leichten Druck auf die Augäpfel auszuüben, um einen heftigen Anfall auszulösen, welcher wiederum auf einen starken Druck des rechten Ovariums aufhörte.

Endlich gelang es, „magnetischen Schlaf" herbeizuführen, durch Fixirenlassen irgend eines Gegenstandes, oder durch Verschluss des Gehörganges mit einer Wattekugel, oder durch mit den Fingern ausgeübten Druck auf die Ohrläppchen. Nach einem schwachen Druck auf das rechte Ovarium konnte man der Kranken alle möglichen Vorstellungen, die angenehmsten Empfindungen, wie die schmerzlichsten, durch gegebene Zeichen beibringen. Ein starker Druck auf dasselbe Ovarium erweckt die Kranke, aber ihr Blick ist dann gefangen (la prise du regard), d. h. den ersten Gegenstand, den ihr Auge trifft, hält sie beständig in demselben fest, folgt ihm ängstlich und wird aufgeregt, wenn man ihn entfernt.

Der Kranken wurde, während sie in Krämpfen lag, auf das Gesicht eine Anzahl von Flecken mit Bleistift und Tinte gezeichnet, zum Theil sehr deutlich, zum anderen kaum bemerkbar. Dann wurde sie durch Druck auf die Augen eingeschläfert und nachdem eine Pappschachtel (carton) vor ihre Augen gestellt war, sie wieder angesprochen. Kaum waren ihre Augen auf letztere gefallen, so erstaunte sie über ihr schmutziges Gesicht und wischte nach einander sämmtliche Flecken ab, als ob sie einen Spiegel vor sich hätte. Sie bemerkte immer nur die Flecken, welche sich bei der jeweiligen Stellung der Schachtel abspiegeln konnten, aber nach einander alle, nachdem man den Kopf und die Schachtel entsprechend bewegt hatte. Sie erkannte auch alle möglichen Gegenstände, welche über und hinter ihren Kopf gehalten wurden, wenigstens nach Augenblicken, so die Gesichter von Personen und ihre Geberden, und reagirte auf letztere entsprechend, ja sogar auf Geschriebenes, welches auf Tafeln an diese Stelle gebracht wurde. Im wachen Zustande konnte die Kranke nur sehr deutliche Druckschrift lesen, sie hatte eine ausgedehnte Trübung der linken Linse. Auf dem als Spiegel dienenden Pappdeckel musste sie die Buchstaben verkehrt sehen und zudem noch von rechts nach links lesen. — Wurde die Schachtel hoch gehalten, so dass die Kranke den Kopf zurückwerfen musste, und wurde ihr währenddem die Brust entblösst, so merkte sie gar nichts; sowie man aber die Schachtel wieder senkte, erröthete sie plötzlich und brachte hastig das Kleid wieder in Ordnung.

In der Folge kam immer ein Zeitpunkt, wo die Gesichtsschärfe abnahm, die Augen thränten und die Lider krampfhaft zuschlugen.

Digitized by Google

Zur Prüfung des Geruchssinnes wurde folgender Versuch angestellt: Die Kranke wurde durch Drücken der Ohrläppchen eingeschläfert, durch einen leichten Druck auf das rechte Ovarium geweckt und, nachdem ihr beim Erwachen eine Visitenkarte vorgehalten (also ihr „Blick gefangen genommen") worden war, wurde, während man sie gewaltsam im Bette festhielt, im Nebenzimmer die Karte in eine Anzahl von Stücke zerrissen und diese Stücke wurden unter Teppichen, hinter Möbeln, in Gläsern und in den Taschen von anwesenden Personen versteckt. Ein übrig gelassenes Stückchen brachte man der Kranken zurück. Sie beroch dasselbe mehrmals, zauderte einen Augenblick, begab sich dann in's Nebenzimmer, schnüffelnd wie ein Hund. Vor Personen und Dingen, an denen ein Stückchen der Karte verborgen war, hielt sie an, schnüffelte wieder und liess sich nicht wegbringen, ehe sie das betreffende Stückchen hatte. Nur zuletzt, nachdem sie eine Anzahl von Stücken gesammelt hatte, wurde sie unsicherer.

Während sie die gefundenen Stückchen zusammensetzte, versuchte eine der anwesenden Personen mehrere Stückchen einzustecken. Die Kranke (mit verbundenen Augen) merkte dies alsbald, wurde wüthend, warf sich auf den Dieb, schlug ihn und, als er wegging, folgte sie ihm, nur vom Geruch geleitet. — Ferner wurden, während die Kranke die Stückchen zusammensetzte, mehrere Stückchen einer ähnlichen Karte zu jenen gelegt. Die Kranke roch von Neuem und legte die untergeschobenen bei Seite (die durch dieselbe Hand gegangen waren? Ref.). Erst nach öfterer Wiederholung irrte sie sich.

Wenn man ihr Sachen, welche verschiedenen Personen gehörten, in die Hand gab, Handschuhe, Schlüssel, Geldstücke u. dgl., so beroch sie dieselben mehrmals, blieb dann vor jeder Person stehen, um sie zu beriechen und gab Jeder das Ihrige zurück. Bei zahlreichen Gegenständen kamen allerdings Irrthümer vor, und nach einer gewissen Zeit — selten mehr als ½ Stunde — machte die Geruchshyperästhesie einer grossen Müdigkeit, Zittern und Uebligkeiten Platz. — Nach dem Erwachen hatte die Kranke keine Erinnerung an das Geschehene. In beiden Zuständen bestand vollkommene Anästhesie der Haut.

Die beiden beschriebenen Hyperästhesien (des Opticus und des Olfactorius) bestanden niemals zu gleicher Zeit, die eine machte der anderen Platz.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit wurde der „magnetische Schlaf" ganz „normal". Die Kranke führte alle während desselben gegebenen Befehle pünktlich aus, z. B. liess sie auch auf den Befehl hin ohne jede Anstrengung Urin, während sie vorher 6 Monate lang täglich zweimal hatte catheterisirt werden müssen. Auch Befehle, welche in späterer Zeit, nach dem Erwachen ausgeführt werden sollten, wurden befolgt, pünktlich zur Minute. *T.* meint, dass sie so auch einen befohlenen Mord ausgeführt haben würde. Redete man ihr nachher den Befehl wieder aus, so war er auch schnell vergessen. — In der Hypnose duzte die Kranke [illegible]

Digitized by Google

nicht, nur im Wachen. — Das im Wachen sehr lebhafte Schamgefühl war dort verschwunden.

Anfälle (crises) sagte die Kranke bei sich wiederholt, einmal 4 Tage lang, voraus, und zwar auf die Stunde. Nach dem letzteren hatte sie 3 Monate lang wieder keinen.

Eines Morgens wurde der Arzt gerufen, die Kranke hatte heftigste Kolikschmerzen, die Anästhesie hatte einer allgemeinen Hyperästhesie Platz gemacht, die hysterogenen Zonen waren verschwunden. Man konnte die Pat. nicht in Hypnose versetzen, nichts half. Endlich bat die Kranke den Arzt auf ihrem Rücken einen kleinen Knochen aufzusuchen und ihn stark zu drücken, das würde sie heilen. Der betr. Knochen war der Dornfortsatz des 7. Halswirbels. Drücken desselben — dieser neuen zone hystérogène — führte wirklich sofort Genesung herbei, und in der Folge wurde die Pat. durch Behandlung dieses Punktes auch eingeschläfert und wieder erweckt.

Ein andermal war sie von Glottiskrampf befallen und schrieb auf, man solle ihr die Gurgel drücken, damit sie sprechen könne. In der That hörte der Krampf nach Drücken der Gurgel auf.

Der vorstehend beschriebene Fall wurde (zum Theil) in der Sitzung der Soc. méd. psych. vom 24. Dec. 1883 geschildert. In der nachfolgenden Discussion hoben *G. Ballet* und *Lunier* als das Interessanteste das Spiegelexperiment mit dem Carton hervor. *Lunier* sagte noch: Die Erscheinungen des Somnambulismus sind bei jeder Kranken andere, fast alle aber erklären sich aus der Hyperästhesie der Sinne. — *Motet* wies noch auf einen von *Mesnet* 1856 in den Arch. gén. de méd. genau beschriebenen Fall hin, in dem zu bestimmter Stunde ein somnambulanter Zustand von einstündiger Dauer auftrat, und wo das Individuum im nächsten Anfalle stets genau da fortfuhr, wo es im vorigen stehen geblieben war.

C. L. Dana (N. York), Ueber krankhafte Schläfrigkeit und Schlafsucht (drowsiness and somnolence). — The J. of nerv. and ment. dis., April.

D. hebt zunächst hervor, dass schon *Aretaeus* im 1. Jahrhundert 2 Bücher über die „Lethargischen" geschrieben habe, während in den 5 dicken Bänden über Nervenkrankheiten in dem *Ziemssen*'schen Sammelwerke kaum auf den Gegenstand hingewiesen werde.

D. hat in der Literatur auch nur ca. 50 Fälle von krankhafter Schläfrigkeit auffinden können. Er selbst hat 5 Fälle davon gesehen und über 2 weitere Notizen von Dr. *Putzel* in N. Y. bekommen.

Zwischen abnorm langem Schlaf und Lethargie unterscheidet er in der Weise, dass bei der letzteren der Bewusstseinsverlust ein vollkommenerer sei, die Reflexe fehlten und der Patient nicht erweckt werden könne. Dennoch gibt er zu, dass beide Zustände klinisch nahe verwandt seien, manche

Digitized by Google

Patienten befänden sich zeitweise nur in tiefem Schlafe, zu anderer Zeit in vollkommener Lethargie. Deshalb hat Verf. auch beide Zustände unter obiger Bezeichnung zusammengefasst.

D. theilt die Zustände ein in 3 Klassen: 1) die epileptischen Schlafzustände, 2) die hysteroiden und 3) diejenigen, neben welchen sich keine Zeichen einer dieser Krankheiten böten. Die beiden ersten bildeten die Mehrzahl. Der Zustand ist beobachtet im Alter von 11 und noch von 47 Jahren, die meisten aber lagen zwischen 20 und 40. Gelegenheitsursache scheint manchmal heftige Gemüthsbewegung, bes. Schrecken abzugeben, anderemale auch Erschöpfung.

Der interessanteste von Verf.s 5 Fällen ist der: 28jähr. lediger Mann, in dessen Familie Fälle von Phthisis vorgekommen waren, aber keine Nervenkrankheiten, ausser (!) dass ein jüngerer Bruder im Alter von 10 Jahren mehrere Krampfanfälle gehabt hatte. Patient selbst hatte mit 20 Jahren Hydrarthron des Knies gehabt. Er war immer ein Langschläfer gewesen, im Wachen ein klarer, lebhafter Kopf, der nur einige psychische Absonderlichkeiten zeigte.

Ungefähr vor 8 Jahren wurde es seinen Angehörigen schwer, ihn Morgens zur rechten Zeit wach zu bringen. Er liess sich zwar leicht erwecken, setzte sich auch im Bett auf, schlief dann aber immer wieder ein und blieb bis 11 oder 12 Uhr liegen. Dies nahm zu, so dass er schliesslich Tage hintereinander bis 5 oder 6 Uhr Abends im Bette blieb. Dazwischen stand er 2 oder 3 Wochen lang zur richtigen Zeit auf. Wenn er auf war, zeigte er sich geistig geweckt und völlig wohl, auch noch wenn er zu Bette ging. *D.* selbst weckte ihn mehrmals Morgens. Der Patient setzte sich dann wohl im Bette auf, schien aber in abnormem geistigen Zustande zu sein. Wurde er mit Gewalt aus dem Bette gebracht, so zog er sich langsam und mechanisch an. Ging man ihn dabei hart an, so weinte er wie ein Kind. Wenn es möglich war, entfernte er sich und legte sich anderswo wieder nieder. Liess man ihn aber nicht los, so kam er schliesslich in den normalen Zustand. — Von anderen krankhaften Erscheinungen bot er nur eine geringe Dyspepsie. Er litt nicht an Kopfweh, noch an Schwindel, seine Pupillen waren gleich, seine Organe gesund. Er trank und rauchte nur mässig. — Ejaculationen traten nur alle 14 Tage ein.

Die beiden Fälle Dr. *Putzel*'s waren die: 1) 20jähr. Patientin, hatte jahrelang nur je einige Minuten dauernde Schlafanfälle gehabt, welche sie in jeder Lage überraschten, oft im Stehen und ohne dass sie das Gefühl der Ermüdung hatte. Sie heirathete mit 22 oder 23 Jahren und bekam nachher zwar nicht häufige, aber wohlausgesprochene epileptische Anfälle. Später stellte sich ihr Bruder, auch an Epilepsie leidend, vor. Die Patientin selbst erschien sonst durchaus gesund.

2) 30jähr. Patientin, welche an deutlicher allgemeiner Anämie litt. Sie war immer ausserordentlich schläfrig und schlief manchmal im Stehen. Unter dem Gebrauch von Eisen und Amylnitrit genas sie vollstän

Digitized by Google

***A. Tamburini* u. *Sepilli*, Weitere Beiträge zum experimentellen Studium des Hypnotismus. — Uebertragen von *M. O. Fränkel*. Irrenfreund No. 6, 7, 8, 9.**

Die vorliegende Arbeit bildet die Fortsetzung des 1882 von *M. O. Fränkel* übersetzten Werkes der Verff. „Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus". Die der jetzigen Arbeit zu Grunde liegenden Untersuchungen sind an der dort schon beschriebenen Patientin, einer typischen Hysteroepileptica, angestellt worden. Trotz dieser Beschränkung im Materiale haben die Verff. höchst interessante Beiträge zur Hypnotismusfrage geliefert, sie haben auf der Grundlage wohlconstatirter Thatsachen ein theoretisches Gebäude aufgeführt, das es in befriedigendster Weise ermöglicht, den grössten Theil der so lange theils unverständlich, theils widersprechend erschienenen einzelnen Beobachtungen unter einem gemeinschaftlichen Gesichtspunkte zu betrachten und dadurch das Studium derselben zu einem erquicklicheren und leichteren zu machen.

I. Die Verff. haben an ihrer Kranken auch die 3 von *Charcot* unterschiedenen Stadien der Hypnose: 1) das lethargische, 2) das kataleptische und 3) das somnambule beobachten können, das letztgenannte — charakterisirt durch Starre aller Muskeln, welche auf Reizung der Antagonisten nicht weicht — allerdings nur kurz, wenige Minuten lang andauernd. Den von *Charcot* und *Richer* später zugefügten „kataleptiformen" Zustand konnten die Verff. dagegen nicht als ein wohlbegrenztes Stadium ansehen, konnten ihn vielmehr nur als einen Zwischenzustand zwischen dem lethargischen und kataleptischen gelten lassen, welche beim Uebergang aus dem einen in den anderen vorkommt und eine Mischung von beiderlei Symptomen darstellt.

Bezüglich der Hervorrufung der verschiedenen Stadien der Hypnose fanden die Verff., dass die Erhöhung der Dauer und der Stärke der Reizmittel genügte, um, nach Setzung der einfachen Uebererregbarkeit, Katalepsie, und nach dieser wieder somnambule Starre hervorzurufen. Strichen sie z. B. im lethargischen Zustand der Kranken rasch über irgend eine Muskelpartie, so erfolgte die einfache Contraction des betreffenden Muskels. Wiederholten sie dies einfache Streichen mehrmals an derselben Stelle, so trat nach und nach ein Zustand von Katalepsie auf, welcher sich von der gereizten Stelle ab allmälig über die ganze Körperhälfte verbreitete (Hemikatalepsie); drückte man schliesslich länger und stärker auf diese Stelle, so entstand Contractur, die sich über den ganzen Körper ausdehnte, und so bedeutend war, dass sie auf Erregung der Antagonisten nicht wich. — Ein ähnliches Resultat erhielten sie auch durch stufenweise Steigerung der Gehörs- und Gesichtsreize.

Einzelne hinzugefügte Reizwirkungen bestimmter Art verursachten, wie anderwärts schon constatirt worden, regelmässig das Uebertreten der Versuchsperson aus einem Stadium der Hypnose in ein höheres, so z. B. das Oeffnen der Augen den Uebergang aus dem lethargischen in den kataleptischen Zustand, starker Druck auf den Scheitel den Uebergang aus dem

Digitized by Google

kataleptischen in den somnambulen. — Wiederholung desselben Reizes, der das Stadium erzeugt hatte, verursachte dagegen oft das einfache Wiederaufhören des erzeugten Zustandes. Constant haben Verff. letzteres indess nur bezüglich des kataleptischen Zustandes gesehen, sie haben keine Bestätigung des allgemeinen Gesetzes gefunden, das *Dumontpallier* (Gaz. méd. de Paris, 1882) bezüglich des Hypnotismus der Hysterischen formulirte, dass nämlich schrittweise Wiederholung der Reize, welche die Hypnose hervorgerufen haben, sie in der umgekehrten Reihenfolge ihres Auftretens wieder zum Verschwinden brächte.

Thermische Reize (lauwarmes bis kaltes Wasser und besonders Eis) brachten immer die neuromusculäre Uebererregbarkeit wieder zum Verschwinden, um so rascher, je niederer die Temperatur, um so vollständiger, je länger dauernd deren Application war. Doch äusserte sich die Wirkung nur auf die Seite der Application, so dass also zum Verschwindenmachen beiderseits doppelseitige Application nöthig war. Die somnambule Starre wich stets nur der länger dauernden Einwirkung des Eises. Nach letzterer contrahirten sich die Muskeln aber auch auf keinerlei Reize mehr, es trat vollständige Unerregbarkeit auf, und gleichzeitig vollständige Anästhesie: auf der betreffenden Seite nur, wie schon bemerkt, auf der anderen blieben alle Erscheinungen bestehen, so dass man auf diese Weise leicht Hemilethargie, Hemikatalepsie oder Hemisomnambulismus (ein gewiss wenig bezeichnender Ausdruck! Ref.) setzen konnte, während auf der anderen völlige Unerregbarkeit bestand. — Das Stadium der Unerregbarkeit dauerte gewöhnlich nur kurz, verschwand von selbst. Nach länger dauernder Application, z. B. stundenlangem Liegenlassen einer Extremität in warmem Wasser dauerte es allerdings 10—30 Minuten, bis man an der betr. Körperhälfte wieder die Erscheinungen der Lethargie etc. hervorrufen konnte. Beim spontanen Aufhören der Unerregbarkeit trat ohne Ausnahme der lethargische Zustand auf.

II. Die Functionsverschiedenheiten in den einzelnen Phasen der Hypnose.

Der Grundcharakter des lethargischen Zustandes ist die neuromusculäre Uebererregbarkeit. Auch die Sehnenreflexe sind in ihm stets erhöht; ein Schlag auf die Patellarsehne einer Seite bewirkt nicht nur Extension des Knies, sondern auch Erschütterung der ganzen Extremität, auch der oberen derselben Seite, bisweilen sogar auch der anderen. Bei der Kranken wurde auch die „paradoxe Contraction" *Westphal*'s, d. h. das Verharren des Fusses in ihm plötzlich mitgetheilter starker Dorsalflexion beiderseits beobachtet. Ferner brachte ein der Hand oder dem unteren Drittel des Vorderarmes auf 2—3 cm genäherter Magnet zuerst leichte Extensionsbewegungen der Finger zu Wege, weiterhin des Vorderarms und endlich vollständiges Erheben der Extremität. — Endlich verbreitete sich die durch den Schlittenapparat in einzelnen Muskeln hervorgerufene Contraction während der Lethargie auf andere Muskelgruppen, so dass complicirte und heftige, schmerzhafte Bewegungen entstanden.

Digitized by Google

Der Grundzug des kataleptischen Zustandes ist dagegen die plastische Biegsamkeit des Körpers. Die Sehnenreflexe sind hier herabgesetzt, paradoxe Contraction bildet sich nicht, die Annäherung des Magneten ist fast oder gänzlich ohne Wirkung, der inducirte Strom erzeugt nur ganz locale Contraction.

In dem lethargischen Zustand beantwortete die Kranke oftmals Fragen ganz gut, zählte auch leidlich gut; sie wurde aber immer augenblicklich stumm, sobald man sie (durch Oeffnen der Augen, oder durch acustische, oder durch Hautreize) in Katalepsie versetzte, fuhr dann wieder an dem Punkte, an dem sie stehen geblieben war, fort, wenn man sie wieder lethargisch machte.

Von den Sinnesorganen zeigten in der Lethargie der Gehörsinn stets eine ausgesprochene Hyperästhesie, während Tast-, Schmerz-, Geschmacks- und Geruchsempfindung in den leichteren Graden des Zustandes eine leichtere Abstumpfung, in den höheren eine vollkommene Aufhebung erfuhren. Im kataleptischen Zustande fanden die Verff. stets eine vollkommene Anästhesie aller Sinne und Analgesie. Sehr deutlich war der Unterschied in den Sinnesthätigkeiten auf beiden Seiten, wenn man die eine Körperhälfte lethargisch, die andere kataleptisch gemacht hatte.

Aehnlich wie im wachen Zustande, rief im lethargischen Druck auf eine Ovarialgegend bei der Kranken lebhafte Schmerzen, bei fortgesetztem oder sehr starkem Drucke sogar eine allgemeine Contractur hervor. Bei geöffneten Augen, also im kataleptischen Zustand, dagegen verursachte dasselbe Verfahren der Kranken keine Spur von Schmerz.

Respirationserscheinungen. Dieselben wurden mit dem *Marey*'schen Pneumographen geprüft. In dem lethargischen Zustande folgten die Curven ziemlich gleichmässig aufeinander und waren genügend tief. Beim Eintritt des kataleptischen Zustandes trat stets bedeutende Veränderung der Curven ein, meist wenige Minuten nach dem Oeffnen der Augen Apnoe von 10—30 Sec. Dauer. Darauf folgten gewöhnlich langsame, oberflächliche und unregelmässige Respirationen. Ganz besonders waren dieselben verlangsamt. Mit Wiedereinführung des lethargischen Zustandes wurden sie stets wieder frequent und tief. Hier änderte auch der genäherte Magnet die Respirationsbewegungen, während er im kataleptischen Zustand ziemlich ohne Einfluss schien.

Mittels des Plethismographen wurde im lethargischen Zustand constant Volumsvermehrung des Vorderarms, d. h. Erweiterung seiner Gefässe, im kataleptischen dagegen Verminderung des Volums, Verengerung der Gefässe, beobachtet. Am Carotispuls liess sich ein constanter Unterschied zwischen beiden Phasen dagegen nicht finden, nur wurde, ebenso wieam Radialpulse, festgestellt, dass in der Pulscurve die respiratorischen Schwankungen während der Lethargie deutlich hervortraten, in der Katalepsie aber nicht.

III. Die Erklärung der Erscheinungen.

1) Circulationserscheinungen.. Aus verschiedenen Gründen

Digitized by Google

schliessen die Verff., dass die Aenderungen der Gefässweite, welche beim Uebergang von einem Zustand in einen anderen eintreten, nicht secundär, durch Aenderung der Respiration gesetzte, sondern directe Gefässreflexe sind, Folgen der Wirkung der Reize auf die Nervencentren, dass dagegen diejenigen Gefässveränderungen, welche erst im Verlauf der einzelnen Zustände eintreten, wohl auf die veränderte Athmung bezogen werden müssen. Die Apnoe und die verlangsamte Athmung in der Katalepsie müssen ja Anhäufung von Kohlensäure im Blute bedingen, welche die vasomotorischen Centren reizt und die schon mit Eintritt der Katalepsie gesetzte Gefässverengerung vermehrt.

Salvioli's Behauptung, dass während im normalen Schlafe die Blutmenge im Gehirn sich vermindere, in der Hypnose dieselbe sich vermehre, halten die Verff. nur für die kataleptische Form der Hypnose für richtig, in der lethargischen finde im Gegentheil ebenfalls Verminderung der Blutzufuhr statt, wie der Verf. plethismographische Versuche am Arm mindestens wahrscheinlich machten.

2) Bewegungserscheinungen. Diese sind die charakteristischsten der Hypnose. In der lethargischen Phase derselben ist auffällig die Leichtigkeit, mit der sich die Muskeln auf einen geringen mechanischen Reiz hin zusammenziehen: die neuromusculäre Uebererregbarkeit; ferner das leichte Entstehen einer Contractur, welche indess bei Erregung der Antagonisten wieder schwindet. In der kataleptischen Phase ist charakteristisch die plastische Biegsamkeit, in der „somnambulen" die Starre. All diese Erscheinungen sind nun nur verschiedene Aeusserungen einer verstärkten Erregbarkeit der Centralapparate für die motorischen Nerven, eines verstärkten Muskeltonus. Auch die plastische Biegsamkeit ist ja nach *Richet* als eine schwache Contractur aufzufassen. — Aehnliche Verstärkungen der Reizbarkeit der Cerebrospinalaxe kommen auch spontan bei Krankheitszuständen derselben vor, z. B. bei Sclerose der Seitenstränge, Katalepsie u. s. w.

Die aufgezählten Aeusserungen eines verstärkten Muskeltonus unterscheiden sich nur durch ihre Stärke und Dauer von einander, und letztere entsprechen vollkommen der Stärke und Dauer der Reize, welche sie zu erzeugen vermögen. In dem lethargischen Zustande wird durch einen einfachen kurzwirkenden mechanischen Reiz einfache Contraction eines Muskels erzeugt. Fährt man mit dem Druck auf den Muskel fort, so erhält man eine örtliche, bei noch fortgesetztem oder verstärktem Druck eine verbreiterte Contractur der Muskeln („somnambuler" Zustand). — Die kataleptische Biegsamkeit wird dagegen durch die Einwirkung schwacher, aber verlängerter Reize erzeugt. Bald nachdem der betreffende Reiz (Bestreichen der Haut, Schwingen der Stimmgabel, oder Einfallen des Lichtes) aufgehört hat, tritt von selbst wieder der lethargische Zustand ein. — Ebenso wie die Reizungen der Haut können acustische, thermische, optische Reize je nach Intensität und Dauer die verschiedenen Stadien der Hypnose erzeugen. Diese Reize bewirken zugleich eine Verminderung in der Thä

Digitized by Google

tigkeit der centralen Sinnesapparate (Anästhesie und besonders Analgesie).

Eine wichtige Bestätigung dieser ihrer Auffassung der hypnotischen Erscheinungen erblicken die Verff. in den Versuchen von *Heidenhain* und *Bubnoff*, welche an morphinisirten Hunden, deren Hirnrinde auf einer Seite blossgelegt war, fanden, dass nach sehr leichten Berührungen der Haut die elektrische Erregbarkeit des motorisehen Centrums des betreffenden Gliedes sich merklich gesteigert hatte, ebenso die der unter diesem Centrum gelegenen weissen Substanz. Bei Verstärkung des Hautreizes nahmen die Bewegungen einen tonischen Charakter an.

Ganz entsprechend erhielt *Charcot*, wenn er am Schädel hypnotisirter Hysterischer auf die motorische Rindenzone galvanische Ströme einwirken liess, bei jeder Unterbrechung derselben auf der entgegengesetzten Körperseite, im Gesicht, am Arm, am Bein, localisirte Bewegungen in Form von mehr oder weniger heftigen Stössen; niemals erhielt er aber solche bei denselben Personen im wachen Zustande. *Charcot* schloss daraus schon, dass in der Lethargie die motorischen Rindencentren sich in demselben Zustande der Uebererregbarkeit befänden, wie die zugehörigen Nerven und Muskeln. Die Verff. schliessen weiter aus der Gesammtheit der Erscheinungen, dass dieser Zustand in der gesammten Cerebrospinalaxe vorhanden sei, und zwar in allen Stadien der Hypnose.

Verff. betonen schliesslich, dass sie nicht vorgeben, mit ihrer Erklärung den Schlüssel zum innersten Mechanismus der Erscheinungen gefunden zu haben.

***K. Laufenauer* u. *A. Högyes*, Die Erscheinungen des Hypnotismus bei hysteroepileptischen Personen. — Gesellsch. d. Aerzte in Budapest, 8. März; *Erlenm.* Ctralbl. No. 15.**

L. demonstrirte an einer Hysteroepileptischen, welche durch Betrachten einer Bleistiftspitze hypnotisirt war, die *Charcot*'schen Stadien, ausserdem von einzelnen Erscheinungen: nystagmusartige Bewegungen der Augen, die Flexibilitas cerea und die neuromusculäre Uebererregbarkeit. Infolge letzterer wurde an der Kranken durch Plantarflexion des Fusses Opisthotonus, durch Dorsalflexion desselben Emprosthotonus erzeugt. — Die Kranke bot die Reflexerscheinungen der Haut und der tieferen Gebilde aber auch im wachen Zustande.

Bei einer zweiten Kranken trat im wachen Zustand bei Berührung der Kopfhaut oder der Ohren Streckung der oberen Extremitäten, bei Berührung des Halses oder Gesichtes Beugung derselben ein. Der Wille vermochte diese Bewegungen nicht zu hindern, noch die gegebenen Armstellungen zu ändern, aber leichtes Anblasen der Haut brachte sie zum Verschwinden. Reibung der Haut an den Schultern verursachte Supination, an der Clavicular gegend: Pronation. Thermische und elektrische Reize brachten dieselben Wirkungen hervor, wie die mechanischen. Wurde der

Digitized by Google

rechte Fuss gestreckt, so erfolgte auch Streckung der rechten Hand; wurde die eine Hand gebeugt, so gerieth auch der Fuss in Beugestellung. Den Zehen mitgetheilte Bewegungen machten die Finger (derselben Seite? Ref.) mit, und umgekehrt. — Einseitige Geschmacks- und Geruchsreize riefen einseitige Contracturen hervor. — Einseitige Reizung der Retina erzeugte „gekreuzte Reflexcontractur in den unteren und oberen Extremitäten". Ebenso einseitige Acusticusreize; aber verschieden hohe Töne zeigten sich mit verschiedenen Muskelgruppen in Reflexbeziehung. *H.* glaubt damit die Erklärung für die mittelalterliche Tanzwuth, sowie für das Tanzen im Schlafe gefunden zu haben.

Durch neue Reizungen konnten vorher erzeugte Contracturen gelöst werden, und zwar fanden die Verff. hierbei eine gewisse Gesetzmässigkeit.

Legte man der Kranken die Stirnhaut in Längsrunzeln, so erfolgten bei ihr ernste, legte man sie in Querrunzeln, so erfolgten heitere Delirien. Bei Streicheln der Haut der Kehlkopfgegend sang die Kranke so lange als das Streicheln dauerte, und zwar je nach der gesetzten Runzelung der Stirnhaut ernst oder heiter.

Beim Spiel eines Harmoniums tanzte die Kranke; mit dem Aufhören des Spiels blieb sie starr in der zuletzt eingenommenen Stellung, ihre Gesammtmusculatur war steinhart, der Körper glich einer Statue. Beim Wiedertönen der Musik begannen die automatischen Bewegungen von Neuem.

C. Lechner, Zur Frage der Hypnose. — Ges. d. Aerzte in Budapest, 15. Mrz.; *Erlenm.* Ctrlbl. No. 15.

L. findet das Wesen der Hypnose in dem Wegfall der den Reflexen für gewöhnlich entgegenwirkenden Rindenhemmung liegend. Nach seinen Versuchen werden die Reflexe um so mehr durch die Function der Rinde gehindert, je grösser die Summe jener Vorstellungen ist, welche im Bewusstsein zufolge des Reizes auftauchen, der auch die Reflexe auszulösen vermocht hätte. Die Intensität der Hemmung steht also im geraden Verhältnisse zur Zahl jener Vorstellungen, die durch einen Reiz sich in's Bewusstsein einfügten.

Beaunis, Eine Thatsache des Hypnotismus. — Gaz. méd. de Paris No. 31.

V. L., 12½jähr. Mädchen, lymphatisch, aber stark und wohlgebildet, leidet an rechtsseitiger Hemichorea. Sie hatte mit 4½ Jahren den ersten (heftigen) Anfall von Chorea gehabt, deren Erscheinungen mehrmals des Tages sich zu „Anfällen" verstärkten. Der Zustand dauerte 3 Monate. Zwischen 6 und 7 Jahren litt sie an Gelenkschmerzen, mit 7½ hatte sie einen neuen Choreaanfall von 6 Wochen Dauer; einen dritten, ebenso langen mit 9½ Jahren, einen vierten, gleich lang dauernden, aber nur auf die rechte Seite beschränkten, mit 11½ Jahren; den fünften jetzt. Letzterer

Digitized by Google

hatte vor 14 Tagen begonnen und war nach 4 Tagen durch 2maliges Hypnotisiren beseitigt worden. Nach 9 weiteren Tagen aber traten die choreatischen Bewegungen in Folge eines Schreckens wieder auf, besonders stark in Arm und Hand. Ein Versuch, ihren Namen zu schreiben, ergab ein wildes Gekritzel auf das Papier. Die Kranke wurde gleich darnach eingeschläfert und ihr nun wieder aufgegeben, ihren Namen zu schreiben. Mit geschlossenen Augen geschah dies vollkommen gut, überhaupt waren alle choreatischen Bewegungen verschwunden. Auch nach dem Erwachen schrieb sie Namen und Wohnung vollkommen gut. An den folgenden Tagen wurde mit dem Hypnotisiren fortgefahren und nach Ablauf desselben hatte das Kind keine ungeordneten Bewegungen mehr, es konnte schreiben und alle möglichen Handarbeiten ausführen.

Die im Facsimile beigegebenen Schriftproben aus der Zeit vor, während und nach der Hypnose wiegen, wie Verf. mit Recht sagt, viele weitläufige Betrachtungen auf.

A. *Pitres*, Hypnotische Eingebungen (suggestions). — Vorlesungen gesammelt v. *Davezac*. Besprochen v. *Régis*, Gaz. méd. de P., No. 33.

Die Besprechung liefert mehr einen Hymnus auf Prof. *Pitres*, als Material zur Wiedergabe.

A. *Voisin*, Studien über den Hypnotismus und über die Eingebungen bei einer Geisteskranken. — Annal. méd. psych., Sptbr.

V. hat an mehreren Geisteskranken vergeblich Hypnose zu setzen versucht, in letzterer Zeit ist es ihm aber an einer Kranken geglückt. Der interessante Fall wird ausführlich und anschaulich geschildert.

Jeanne H., 22 J. alt, Köchin, war wegen Beschwindelung verschiedener Krämer um Nahrungsmittel und Alcoholica zur Haft gebracht worden. Sie hatte sich hierin sehr auffällig benommen, war insbesondere Nachts unruhig gewesen, so dass Verf. zu ihrer Untersuchung berufen wurde. Er fand sie unzurechnungsfähig und veranlasste ihre Ueberführung in seine Abtheilung auf der Salpêtrière.

Die Kranke war gross und stark, ohne Ataxie u. dgl., von mürrischem Wesen, sich viel beklagend. Sie liebte den Absynth, sprach sehr gewöhnlich, war zeitweise aufgeregt, wehrte sich und drohte. Nach einigen Tagen verlor sie zum erstenmale das Bewusstsein, für 1 Min. nur, ohne Zuckungen dabei zu zeigen. Diesem Anfall folgten weiterhin noch mehrere ähnliche, aber länger dauernde. Zeitweilig hatte die Kranke auch heftige einseitige Kopfschmerzen, mit Röthung dieser Seite und allgemeinem Zittern, Lachkrämpfen, bedeutender psychischer Aufregung. In Jacke und Zwangsstuhl gelang es, die erste Hypnose bei ihr zu erzielen, dadurch dass *V.* aus nächster Nähe ihre Augen 10 Min. lang fixirte und allen Bewegungen der

Digitized by Google

letzteren folgte. Sie schnarchte erst 5 Min. lang, dann sprach sie viel verworrenes Zeug. In der Folge wurde sie noch öfters hypnotisirt; manchmal gelang es schon nach 10, selbst nach 3 Min. (bei gewaltsamem Offenhalten ihrer Augenlider), andermal wieder selbst nach 2—3stündigem Bemühen nicht. In der Hypnose bestand immer vollkommene Muskelschlaffheit und völlige Anästhesie. Die verschiedenen *Charcot*'schen Stadien bei ihr zu erzeugen, gelang nie (nie Katalepsie z. B.; ferner nie Hallucinationen).

Dagegen war es in der Hypnose leicht möglich, alle Einzelheiten ihres vergangenen — sehr abenteuerlichen — Lebens zu erfahren, über welche sie im wachen Zustand keinerlei Auskunft gab. Wenn *V.* während der Hypnose ihr in's Ohr sagte, sie solle bis zu der und der Stunde schlafen, nach dem Erwachen um die Stunde Das, um die andere Jenes thun, so geschah stets genau nach seinem Befehle (N. B. sie hörte die Kirchenuhr schlagen). Sie schlief wiederholt auf Befehl 24 Stunden lang. Einmal sagte sie während solchen Schlafes: „Es ist langweilig, ständig auf dem Meere zu schwimmen, ich möchte aufwachen, aber ich kann nicht."

In ihren (spontanen, oder durch Fragen angeregten) Gesprächen während des Schlafes sprach sie stets von dem Sündhaften ihres Lebens mit Bedauern, während sie im Wachen nur nach „ihren 10 Männern" verlangte und keine Spur von Reue oder Absicht der Besserung zeigte. Nur Einzelnes verschwieg sie auch in der Hypnose hartnäckig, z. B. den Namen ihres Heimathsdorfes, auch die Wohnungen Derer, die sie zu den oben erwähnten Diebstählen verleitet hatten, und, während sie alle Befehle pünktlich ausführte, weigerte sie sich auch, Befehlen zum Diebstahl nachzukommen, obgleich sie die Befehle dem heiligen Geiste zuschrieb.

V. beschloss, die Hypnose der Kranken nicht allein zur Heilung ihres körperlichen Leidens, sondern auch zu ihrer moralischen Besserung auszunutzen, und befahl ihr deshalb während einer Hypnose, nach ihrem Erwachen einen Brief an ihn zu schreiben und für die Zukunft Besserung zu geloben, namentlich auch, dass sie gegen ihre Schwester, welche sie zuweilen besuchte, und der sie dann stets brutal, feindlich und drohend entgegengetreten war, künftig liebevoll sein wolle. Sie schrieb den Brief und benahm sich in der That fortab ganz anders, war nicht mehr roh im Ausdruck, ihrer Schwester gegenüber verständig, reumüthig, verlangte danach, ihre anderen Angehörigen wiederzusehen. Sie nahm Näharbeit zur Hand, was sie vorher nie gethan hatte, las (auf Grund von Aufforderung im hypnotischen Schlafe, den *V.*, beiläufig gesagt, später nie mehr als 1 Stunde dauern liess) Kapitel aus einem moralischen Buche. — Auf im wachen Zustande an sie gerichtete derartige Aufforderungen reagirte sie noch nicht. Im Allgemeinen war sie indess ruhiger geworden.

In der Schlussübersicht hebt Verf. noch den auffälligen Unterschied hervor, welcher zwischen der Charakteräusserung der Kranken (in wachem Zustand und der im hypnotischen bestanden hat. Letzteren war sie in Worten und Handlungen inconsequent, schmutzig, sprach nur davon, dass sie wieder zu ihren Männern wolle, während sie in der Hypnose sich

Digitized by Google

ständig, reuig, vernünftig zeigte. In der Hypnose bekamen jedesmal die Gefühle des Guten und der Ehrenhaftigkeit die Oberhand.

Ferner wird hier erwähnt, dass dem Eintritt des hypnotischen Zustandes bei der Kranken jedesmal Gefühle von Betäubung, von Schwere der Augenlider und von Uebligkeit vorausging, mehreremal mit Frösteln und Zittern verbunden, wenn der Eintritt des Schlafes lang dauerte. In einigen der letzteren Fälle beobachtete man auch Aufregung, die sich durch Ausstossen unzusammenhängender, beschimpfender und obscöner Worte kund that. Es erschien dem Verf. dieser Zustand dem, der dem Chloroformrausch oft vorausgeht, sehr ähnlich.

***Edm. Gurney*, Die Räthsel des Hypnotismus. — Mind, Octbr.**

G. führt in scharfkritischer und deshalb belehrender, anregender Weise aus, dass noch keine der aufgestellten Theorien über das Wesen des Hypnotismus fähig sei, alle beobachteten Erscheinungen zu erklären, so dass es als das wissenschaftlich einzig Richtige sich ergebe, vor der Hand sich noch zu bescheiden und nicht aus Bequemlichkeit zu generalisiren, indem man nichtpassende Thatsachen einfach bei Seite liegen lasse, oder, wie bei manchen Dogmen, um sich über alle einzelnen Schwierigkeiten hinauszusetzen, zunächst eine ungeheuerliche Annahme hinunterwürge.

Die Fragen, um die es sich handele, formulirt *G.* dahin: Welches sind die natürlichen Gesetze, auf welche diese besondere Geistesbeschaffenheit bezogen werden kann? und vor Allem: Wie heisst das Gesetz ihrer Hervorrufung?

Die von *Braid* auf diese Fragen gegebene Antwort sei wenigstens klar und bestimmt gewesen; dagegen sei die von *Carpenter* nebelig und in Wirklichkeit nicht erklärend. Sie sei eine ausschliesslich psychologische. *Carpenter* spricht von „Automatismus"; darunter muss nach seinen Ausführungen zeitweise Lähmung der leitenden Macht des Willens verstanden werden. Für diese Annahme ergeben aber die Thatsachen keinen Halt (? Ref.).

G. möchte die höheren hypnotischen Erscheinungen als Reflexactionen auffassen, deren Besonderheit darin besteht, dass sie bewusste sind. Die hypnotisirte Person, welche complicirte Befehle ausführt, sei ein bewusster Automat. Der Reflex ist hier nur aus der physischen in die geistige Ebene übertragen. Die Eingebung erweckt eine Vorstellung ebenso bestimmt und ebenso isolirt (? Ref.), wie der elektrische Reiz die Zusammenziehung eines Muskels veranlasst.

Braid's Erklärung war von der *Carpenter*'s sehr verschieden, sie ruhte auf rein physikalischem Grunde. *Braid* nahm als Ursache des hypnotischen Zustandes eine tiefe Nervenveränderung an, welche durch eine besondere Muskelanstrengung erzeugt werde. Er rechnete dabei wesentlich mit den niederen Erscheinungen des Hypnotismus, den offenbar somatischen. Wir haben seitdem erfahren, dass eine Anstrengung des Auges, oder über-

Digitized by Google

haupt eines Muskels, zur Erzeugung der Erscheinungen durchaus nicht nothwendig ist.

Der meistbetonte psychische Factor ist der der Aufmerksamkeit. *Stanley Hall* nannte das Ganze: „tonischen Krampf der Aufmerksamkeit." Das ist eine gute Erklärung für einige Stadien des „hypnotischen Trance." Aber wie könnte der Crampus der auf einen Knopf gerichteten Aufmerksamkeit den frischen Crampus oder Serien von solchen Crampi erklären, welche bei jeder Richtung der Aufmerksamkeit auf einen ganz neuen Gegenstand in die Erscheinung treten? Der Krampf eines Gliedes neigt gewiss nicht zur Erzeugung neuer, ganz andersartiger Krämpfe anderwärts. (*G.* hat auch oft wiederholt gefunden, dass der vollständige Wechsel der Vorstellungen absolut ohne Anstrengung und augenblicklich zu erzeugen ist, und führt sehr schöne Beispiele dafür aus eigener Erfahrung an.) — Ausserdem sollte man als Folge eines solchen dauernden Krampfzustandes der Aufmerksamkeit Lähmung derselben in toto erwarten, aber im Gegentheil, diese ist nach dem Fixiren des Knopfes gesteigert, der Krampf in der perceptiven Sphäre hat nur zur Lähmung in der Strebenssphäre (appetitive faculty) geführt. — In vielen Fällen treten die körperlichen Veränderungen übrigens auch durchaus ohne Richtung der Aufmerksamkeit der Versuchsperson auf den betreffenden Körpertheil auf. — Ferner zeigt das Individuum nicht stets eine bestimmte Quantität Aufmerksamkeit während des Zustandes, im Gegentheil: richtet man dieselbe auf einen Punkt, so zeigt sie sich ganz erstaunlich, und überlässt man das Individuum sich selbst, so ist sie offenbar $= 0$. Man muss zu den Versuchen auch das „alerte" Stadium benutzen, sonst verfallen die Personen, sich selbst überlassen, der Bewusstlosigkeit, dem Coma.

In keine Theorie passend ist wohl folgender Fall: Ein Hypnotisirter, der ganz leichtes Kneipen stark spürte, wurde glauben gemacht, dass eine ihm sehr liebe Person gestorben sei. Er gerieth dadurch in grosse Aufregung und war jetzt vollkommen unempfindlich gegen das stärkste Kneipen!

Manche Autoren haben die psychische Basis der Erscheinungen ganz vernachlässigt, nur die somatische hervorgehoben, und, statt der Concentrirung der Aufmerksamkeit, die „Reflexaction" und „automatische Hirnthätigkeit" auf den Schild gehoben. — *Heidenhain* hat ein zweideutiges Wort eingeführt, indem er von Hemmung der Corticalfunction sprach, ohne deutlich zu beweisen, dass die normale Function dieser Centren in Bezug auf die Bewegungen in bedeutender Weise hemmend sei. — Die Behauptung der Bewusstseinsaufhebung ruht auf so wenig festem Grunde, dass *G.* es für Zeitverlust hält, darüber zu disputiren. (Leider hat *G.* es unterlassen, seinen Besprechungen über Bewusstsein oder Nichtbewusstsein eine Definition des Begriffes zu Grunde zu legen, und dadurch fehlt in diesem einen Punkte der Auseinandersetzung, wie dem Ref. scheint, die sonst vorhandene Schärfe.) — Auf Bewusstlosigkeit ist vielfach geschlossen worden aus der nachträglichen Erinnerungslosigkeit. Aber es ist ja auch

Digitized by Google

oft Erinnerung vorhanden. *Heidenhain* hat letzteres so erklärt, dass nachdem die Hemmung in den Rindencentren aufgehoben sei, die in den niederen Centren zurückgebliebene Erregung sich auf die sensorischen Ganglienzellen fortpflanze, wozu indess noch ein bestimmter Impuls nöthig sei.

Die gründlichste Darlegung der Lehre vom Hypnotismus hat *G.* in dem Buche Dr. *Despine's*: „Etude sc. sur le Somnamb." gefunden. *Despine* — der für rein automatische Hirnthätigkeit spricht — erklärt die Erscheinung, dass Hypnotisirtgewesene sich in neuer Hypnose an das früher Erlebte zuweilen genau erinnern und in ihren Vorstellungen genau da fortfahren, wo sie damals stehen geblieben waren, daraus, dass hier die früheren erregenden Bedingungen wieder vorhanden seien. Aber es geht über diese Theorie hinaus, wenn ein Individuum, das man in der Hypnose zu den gewöhnlichen Possen gebracht hatte, nach dem Erwachen uns erzählt, dass es dieselben habe durchaus nicht ausführen wollen, sie aber habe ausführen müssen, oder, dass es zwar die Thorheit derselben eingesehen habe, aber doch keinen Grund, sie nicht zu begehen. Ausserdem werden im späteren Zustand die Erinnerungen des früheren nicht in Unordnung hervorgesprudelt, sondern sie werden in gegenseitige Verbindung und Würdigung gebracht; die gebrauchten Ausdrücke stellen sich als Resultat einer überlegenden und kritischen Betrachtung dar. — Verf. hat schon im „Mind, XXXIII" darauf hingewiesen, dass er es für nöthig hält, 2 Stadien des Zustandes scharf zu unterscheiden: das lebhafte (alert) Stadium, und das tiefe, welche gewöhnlich nur als Stadien desselben fortlaufenden Processes angesehen werden. Erinnerung kann noch in den leichteren Graden des tieferen Stadiums beobachtet werden. Aber auch wo dieselbe fehlt, kann man noch Ueberlegung wahrnehmen, Urtheile über bestimmte Sinneseindrücke, Auswahl der Mittel zur Erreichung des bestimmten, aufgegebenen Zweckes. Manchmal sind es sogar ganz complicirte Erwägungen, und das Resultat wird leichter und sicherer erhalten, als im wachen Zustande. Ein junger Mann z. B., welcher in der Hypnose glauben gemacht worden war, dass er gehängt werden sollte, bekam mitgetheilt, dass seine Geliebte von einer Landungsbrücke durch den Sturm in's Wasser geschleudert worden und ertrunken sei. Darauf äusserte er alsbald die Vermuthung, dass sie sich aus Kummer über sein Schicksal vorsätzlich in's Wasser gestürzt habe. Nachdem man ihm dann wieder gesagt, die ganze Zeitungsnachricht sei falsch gewesen, gab er für den „Irrthum" alsbald 2 Erklärungen: entweder könnte fälschlich „Newington" gedruckt gewesen sein statt etwa „Newton", oder es könnte das Wort „beinahe" vor „heruntergefallen" vergessen gewesen sein. — Vor solchen Thatsachen kann die Automatismustheorie in ihrer starrsten Form, welche völliges Fehlen des Bewusstseins in der Hypnose annimmt, nicht Stand halten.

Heidenhain war selbst genöthigt, bei den höheren hypnotischen Erscheinungen auch das psychische Element anzuerkennen. Merkwürdigerweise übersah er dabei, dass diese Anerkennung seine Erklärung des physischen Geschehens über den Haufen warf. Letztere lief doch darauf hinaus, dass

Digitized by Google

in der Hypnose ein directer Weg von den reizempfangenden zu den motorischen Zellen geöffnet sei, durch den Wegfall der Rindenfunction. Nun finden wir aber doch eine grosse Zahl von Fällen, in denen Bewusstsein — also Rindenfunction — unzweifelhaft erhalten ist. Wenn eine lange Reihe von Befehlen voll Ueberlegung und Sorgfalt ausgeführt worden ist, lange nachdem sie gegeben war, so muss es doch sicher unmöglich erscheinen, das Wort „Reflex" hier anzuwenden.

G. stellt seine Formel: „bewusste, oder psychische Reflexaction" den beiden Versuchen der Uebervereinfachung entgegen, deren eine den psychischen Antheil der Erscheinungen ignorirt, deren andere übersieht, dass der wesentliche Zug des Bildes der ist, dass die Seele auf Eingebungen mit derselben Präcision reagirt, wie ein Muskel auf den elektrischen Reiz.

Mit anderen Worten sagt *G.*: das Problem liegt nicht im Bewusstsein, sondern im Willen. Wille in der Bedeutung von Wunsch oder Trieb ist nicht nothwendig erloschen; er kann wohl fehlen, er kann aber auch in normaler Stärke vorhanden sein und sogar im vollen Gegensatz zur vollbrachten Handlung stehen. Was fehlt, ist der Sinn der Selbstbestimmung und die Freiheit der Wahl. Selbst im tiefen Stadium aber wird manchmal noch ein Kampf geführt, der immer noch eine gewisse Fähigkeit des Vermeidens verräth. In den leichteren Stadien werden gewisse Befehle (z. B. Stehlen) sehr häufig nicht ausgeführt. *G.* führt dafür auch ein hübsches Beispiel an: Er experimentirte an einem Jungen, welcher früher Telegraphenjunge gewesen war und gegen dieses Geschäft einen starken Widerwillen bekommen hatte. War er hypnotisirt, so gehorchte er vollkommen jeder Eingebung und jedem Befehle, mit Ausnahme des, ein Telegramm zu besorgen! Und zwar ging er in seiner Weigerung sogar sicher noch weiter, als im wachen Zustande, indem er bei ihr verharrte auch nachdem man ihm gesagt hatte, dass Leben und Sterben davon abhänge, sowie dass er 20 Pf. Sterling für die Besorgung bekommen werde.

G. vergleicht diese Zustände der Herrschaft einer Idee gegen den Willen mit auch in der Breite der Gesundheit vorkommenden Zuständen von Mürrischkeit oder Verkehrtheit, Zuständen, wo sich die Personen in einer Lage oder in einem Benehmen befinden, welche ihnen selbst unangenehm sind, und von denen sie sich selbst sagen, dass sie ihnen nur schaden können, gegen die sie aber vergebens ankämpfen.

Die automatische Fortspinnung der durch den Experimentator erweckten Hirnbewegung kann *G.* nur vergleichen mit den langdauernden und weitverbreiteten Muskelcontractionen, welche bei „sensitiven" Personen auf einen kurzen Reiz hin entstehen. Beide Erscheinungen sind Zeichen der charakteristischen hypnotischen Erregbarkeit. — *G.* findet diese Vorstellung noch bedeutend gestützt durch die Thatsache, dass die Muskeln auch trotz aller gegentheiligen Willensanstrengung in dem Zustande verbleiben, welcher einer eingegebenen Idee (von der Unmöglichkeit gewiss Bewegungen z. B.) entspricht. Von dieser Thatsache hat er sich oft üt

Digitized by Google

zeugt. Wenn der Arm z. B. gebeugt und die Person glauben gemacht war, dass sie ihn nicht strecken könne, so mühte sie sich auf den in der Folge gegebenen Befehl zum Strecken ab, dass sie roth im Gesicht wurde, aber der Triceps blieb dabei schlaff, oder, wenn er sich etwas contrahirte, so that es der Biceps zugleich.

Räthselhaft bleibt bei der Concentrations- oder Erwartungstheorie ferner der Grund der besonderen Fähigkeit einzelner Personen — geübter „Mesmeristen“ — Hypnose bei Anderen zu erzeugen. Wird von 13 Personen zugleich an Reihen von frischen Versuchspersonen experimentirt, so hat gewiss ein darunter befindlicher „Mesmerist“ schliesslich mehr Erfolge aufzuweisen, als das ganze übrige Dutzend ungeübter Personen, wenngleich keine von den Versuchspersonen die Experimentatoren oder den Zustand selbst vorher gekannt hat. Noch unerklärlicher aber bleibt die besondere Macht des Einen, der die Hypnose erzeugt hat, über das Hypnotisirte. Er kann Letzteres durch ein leichtes Blasen auf den Kopf, durch Aufwärtsstreichen, durch Händeklatschen oder ein plötzliches Anrufen erwecken, während es durch alle Anstrengungen Anderer zur Erweckung oft völlig unbeeinflusst bleibt.

Keine rein hypnotische Hypothese giebt ferner eine Erklärung für die Erscheinung des s. g. „gekreuzten Mesmerismus“, die aufgeregte Verwirrung, welche entstehen kann, wenn eine hypnotisirte Person neuer Behandlung Seitens eines zweiten Experimentators unterworfen wird. Die dann entstehenden Erscheinungen sind zu beunruhigend, als dass man sie beliebig experimentell setzen und genauer studiren dürfte.

Manchmal kann man auch sehen, wie ein Hypnotisirtes, das in der Hand des Experimentators ganz folgsam ist, heftig wird, wenn es von einer anderen anwesenden Person berührt oder angeredet wird. — Welche Theorie hilft hier? Oder bei folgenden Erscheinungen: Ein Junge wird auf einen Stuhl gesetzt und hypnotisirt, sein Arm wird durch mehrmaliges Abwärtsstreichen steif gemacht. Man wiederholt die Hypnose dann und lässt den Jungen während des ganzen Vorgangs aus einer Zeitung lesen, nachdem man ihm gesagt hat, man werde ihn über das Gelesene nachher examiniren. In der That weiss er nachher alles Gelesene, — man erklärt dies leicht aus der Concentration der Aufmerksamkeit, — aber wie wird es erklärt, dass auch die Steifigkeit des Armes wieder aufgetreten ist?

Es ist unwissenschaftlich, schliesst Verf., Thatsachen zu ignoriren, welche sich in die aufgestellte Theorie der hypnotischen Erscheinungen nicht einreihen lassen, einfach um das Behagen zu empfinden, dass sich Alles schön zusammenreime.

Referent nimmt mit Bedauern wegen anderweiter Geschäftsüberhäufung von den Lesern hier Abschied.

Digitized by Google

2. Psychophysik. Referent: Kraepelin-Dresden.

Im Vordergrunde des Interesses stehen unter den Arbeiten auf dem Gebiete der Psychophysik diesmal zwei Abhandlungen des hochverdienten Begründers dieser Wissenschaft, *Gustav. Theodor Fechner*. Die erste derselben,

Fechner, Ueber die Frage des *Weber*'schen Gesetzes und Periodicitätsgesetzes im Gebiete des Zeitsinnes. — Abh. der mathematisch-physikalischen Klasse der Königl. Sächsischen Gesellsch. der Wissenschaften, Bd. XIII, 1; 108 Seiten

enthält in der Hauptsache eine Discussion der von *Estel*[1]) gefundenen Resultate. Vor Allem sucht *Fechner* den Nachweis zu liefern, dass aus den experimentellen Daten die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes auch für den Zeitsinn sich nothwendig ergebe. Nach mancherlei kritischen und methodologischen Auseinandersetzungen, welche sich mit der Ausführung und rechnerischen Verwerthung derartiger Untersuchungen beschäftigen, auf deren Einzelheiten wir indessen hier nicht näher eingehen können, stellt er die Vermuthung auf, dass in den *Estel*'schen Zahlen noch ein constanter Fehler stecke, dessen Elimination durch ein geeignetes experimentelles Verfahren hätte versucht werden müssen; die von *Estel* erhaltenen Werthe des mittleren Schätzungsfehlers A betrachtet er als correctionsbedürftig. Soll nämlich das *Weber*'sche Gesetz im Gebiete des Zeitsinnes sich bewähren, so müsste die obere Verhältnissschwelle $v_0 = \frac{t_0}{t}$ bei wechselndem t stets gleich sein der unteren $v_n = \frac{t}{t_n}$, wo t die Hauptzeit, t_0 dagegen die untermerklich nach oben, t_n die untermerklich nach unten abweichende mittlere Vergleichszeit bedeutet, welche bei successiver Vergleichung der Hauptzeit gleich geschätzt wird. Thatsächlich findet sich diese Bedingung $v_0 = v_n$ in den *Estel*'schen Tabellen nicht erfüllt. Macht man aber die Annahme, dass beide Werthe durch einen constanten Fehler von gleicher Grösse aber entgegengesetzter Richtung verändert seien, so musste in der mittleren Verhältnissschwelle $v = \sqrt{v_0 v_n}$ dieser Fehler zum Wegfall kommen und demgemäss eine Constanz dieses v sich herausstellen, wenn von einer Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes die Rede sein dürfte. In der That weiss es *Fechner* durch geeignete Mittelziehung aus den Werthen mehrerer Beobachter wahrscheinlich zu machen, dass v oder, was auf dasselbe hinauskommt, $v-1$ (die mittlere relative Unterschiedsschwelle) für verschiedene t nur unregelmässige Schwankungen erkennen lässt, welche mit einer gewissen Berechtigung als die Wirkung zufälliger Einflüsse an-

[1]) Siehe Referat diese Zeitschr. Bd. 41, Bericht etc., p. 15.

Digitized by Google

gesehen werden dürfen. Nur bei sehr kleinen Werthen von t zeigte sich eine untere Abweichung vom *Weber*'schen Gesetze. Als die Ursache des demnach von *Fechner* angenommenen constanten Fehlers der rohen Werthe t_0 und t_n betrachtet er den Umstand, dass bei den Versuchen mit der Reihenfolge der Hauptzeit t und der damit verglichenen Zeit t' nicht gewechselt wurde, sondern die erstere stets der letzteren voranging. Der aus der Constanz von $v-1$ gezogene Schluss der thatsächlichen Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes für den Zeitsinn gibt dem Verf. die Möglichkeit an die Hand, auch die Grösse des constanten Fehlers für die einzelnen Hauptzeiten zu bestimmen und an der Hand dieser Berechnung die experimentell gefundenen „rohen" Werthe in „reine", von dem vermutheten Fehler befreite umzuwandeln. Dabei zeigt sich, dass der Correctionsfactor p, mit welchem man v_0 multipliciren und v_n dividiren muss, um beide einander gleich und damit $= v$ zu machen, gleichzeitig auch eine Constanz der einzelnen v bei verschiedenen t (abgesehen von der unteren Abweichung) vermittelt; mit wachsendem t nimmt p selbst allmälig höhere Werthe an.

Die Bedeutung des von *Fechner* geführten Nachweises liegt wesentlich darin, dass eine Ausdehnung des *Weber*'schen Gesetzes von den intensiven auf extensive Wahrnehmungen jenen Erklärungsversuchen den Boden entzieht, welche die Constanz der Unterschiedsschwelle auf die physiologischen Vorgänge bei der Reizübertragung in den Sinnesorganen zurückführen. Erkennt man *Fechner*'s Beweisführung, die jedenfalls zu weiteren experimentellen Prüfungen herausfordert, als gültig an, so ist damit nur noch die Wahl zwischen einer psychophysischen oder einer psychologischen Deutung des *Weber*'schen Gesetzes offen. *Fechner* versucht auch noch empirische Bestätigungen für das Gesetz im Gebiete des Zeitsinns herbeizuziehen, indem er anführt, „dass nur die Zeit um so rascher zu laufen scheint, je älter wir werden, indem die neu durchlebte Zeit um so kürzer scheint, je grösser die schon durchlebte Zeit im Verhältniss dazu ist". Nach Ansicht des Ref. dürfte indessen bei irgendwie grösseren Zeiträumen die Frage der Zeitschätzung in so hohem Grade durch die Ausfüllung derselben, die Zahl der sich in ihnen abspielenden psychischen Vorgänge complicirt werden, dass derartige Anwendungen des zunächst nur für inhaltleere sehr kleine Intervalle gefundenen Gesetzes grosse Bedenken haben[1]). Dagegen ist ein anderer Einwand gegen die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes allerdings hinfällig, wenn auch wohl nicht, wie *Fechner* meint, wegen des verschiedenen Verhaltens unserer Aufmerksamkeit beim Versuche und ausserhalb desselben. Allerdings erscheint uns eine Stunde als Zusatz zu einer Stunde immer grösser als eine Minute, die sich zu einer Minute hinzufügt. Indessen hat *Wundt* bereits darauf hingewiesen, dass überall dort, wo die Möglichkeit objectiver Bestimmung der Reizgrössen gegeben ist, die unwillkürliche relative Schätzung durch die

[1]) Ueber diese Verhältnisse gelegentlich an anderem Orte ausführlicher.

Digitized by Google

Vorstellung der absoluten Grössen maassgebend beeinflusst wird. Auch das Zusatzgewicht 1 g, das wir zu 10 g hinzufügen, halten wir nicht für gleich den 10 g, welche eine Belastung von 100 g verstärken, wenn auch die Empfindungsunterschiede in beiden Fällen gleich sind, das *Weber*'sche Gesetz also Gültigkeit besitzt. Hätten wir keine anderen Anhaltspunkte für die Messung von Zeitgrössen, als die unmittelbaren Empfindungsunterschiede, könnten wir dieselben gewissermaassen inhaltslos an unserem Bewusstsein vorüberziehen lassen, so würde voraussichtlich auch empirisch unsere Schätzung grösserer Zeiträume dem *Weber*'schen Gesetze sich fügen.

Im Verlaufe seiner Abhandlung gelangt *Fechner* endlich auch zu einer Kritik des von *Estel* aufgestellten Periodicitätsgesetzes, nach welchem die Genauigkeit der Zeitschätzung bei den Vielfachen eines bestimmten Intervalles relative Maxima erreichen soll. Zunächst wendet er sich dabei gegen die Auffassung des $\Delta = \frac{t_0 - t_n}{2} - t$ als „mittleren Schätzungsfehlers" und Maass für die Genauigkeit der Zeitschätzung. Offenbar nämlich können t_0 und t_n beide bedeutend von t abweichen und doch ein arithmetisches Mittel $= t$ ergeben, so dass $\Delta = 0$ wird, ohne dass die Schätzung darum besonders genau wäre. *Fechner* schlägt als wirkliches Maass daher den Werth $\frac{t_0 - t_n}{2}$ vor, der bei grösster Genauigkeit der Schätzung ein Minimum aufweisen müsste. Allein auch abgesehen von dieser principiellen Differenz hält er die *Estel*'sche Annahme nach den vorliegenden Versuchsdaten für nicht hinreichend erwiesen, ja er kommt, nachdem er die rechnerische Correction der constanten Fehler ausgeführt hat, sogar zu dem Schlusse, dass jene Annahme unmöglich sei, da die „reinen" Werthe von Δ, die er mit ϑ bezeichnet, keine Periodicität des Ganges mehr erkennen lassen. In ihren, übrigens recht bedeutenden Schwankungen sieht er eine einfache Proportionalität mit wachsendem t, die durch Zufälligkeiten allerdings beträchtlich gestört werde.

Gegen diese von *Fechner* erhobenen Einwände wendet sich in einer Replik

***Estel*, Ueber die Frage des *Weber*'schen Gesetzes und Periodicitätsgesetzes im Gebiete des Zeitsinnes. — Philosophische Studien II, 3, p. 475—482.**

Nachdem er noch über manche Details seiner Versuche, wie ihrer Berechnungsart die von *Fechner* gewünschten Aufschlüsse gegeben, betont er, dass dieser die Natur des „mittleren Schätzungsfehlers Δ" nicht richtig aufgefasst habe. Während *Fechner* die Abweichungen der geschätzten Zeiten von der Hauptzeit als das Product zufälliger Fehlervorgänge ansieht, betrachtet *Estel* dieselben als den Ausdruck jener Veränderungen, welche die ursprüngliche Zeitvorstellung in unserer Erinnerung erleidet. Wo $\Delta = 0$ wird, können sich zwar relativ grosse Differenzen zwischen t_0 und t_n geltend

Digitized by Google

machen, aber gerade jener in den besonderen Verhältnissen des Reproductionsvorganges liegende Fehler wird an diesem Punkte wegfallen, d. h. die Vergleichszeit wird durchschnittlich gleich der Hauptzeit geschätzt werden. Der Gang der Unterschiedsempfindlichkeit braucht nicht, wie *Fechner* meint, demjenigen von Δ parallel zu sein; die Constanz oder Inconstanz dieses letzteren Werthes für verschiedene t ist daher für die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes ohne Bedeutung. Der constante Fehler, dessen rechnerische Eliminirung *Fechner Estel*'s „rohe" Werthe zu corrigiren suchte, ist es gerade, auf dessen Untersuchung des Letzteren Experimente abzielten, und wenn durch jene Correctur die Periodicität von Δ verschwand, so beweist das insofern nichts gegen *Estel*, als derselbe nur die periodische Wiederkehr von Minimalwerthen eben desjenigen mittleren Schätzungsfehlers nachzuweisen versucht hatte, der aus den Veränderungen der Hauptzeiten in der Erinnerung hervorgeht. Wegen weiterer Einzelheiten dieser Replik müssen wir auf das Original verweisen. Wenn es *Fechner* gelungen sein dürfte, die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes wenigstens innerhalb gewisser Grenzen auch auf dem Gebiete des Zeitsinnes wahrscheinlich gemacht zu haben, so scheint uns die Widerlegung des *Estel*'schen Periodicitätsgesetzes nicht geglückt zu sein. Zugegeben aber soll werden, dass nach beiden Richtungen hin nicht von theoretischen Raisonnements, sondern ausschliesslich von weiteren sorgfältigen Experimentaluntersuchungen definitiv maassgebende Aufschlüsse zu erwarten sind.

Die zweite der *Fechner*'schen Abhandlungen,

G. Th. Fechner, Ueber die Methode der richtigen und falschen Fälle in Anwendung auf die Maassbestimmungen der Feinheit oder extensiven Empfindlichkeit des Raumsinnes (204 S.). Separatabdruck aus dem 13. Bande der Abhandlungen der mathematisch-physikalischen Klasse der Königl. Sächsischen Gesellschaft der Wissenschaften (No. 2). Leipzig 1884

behandelt mit der dem greisen Verfasser eigenthümlichen durchdringenden Gründlichkeit hauptsächlich die rechnerische Verwerthung jener Versuche, welche von *Vierordt* und seinen Schülern, vor Allen *Camerer*, angestellt worden sind, um ein vergleichbares Maass für die extensive Empfindlichkeit verschiedener Hautpartien zu gewinnen. Da alle jene Versuche nach der sog. Methode „der richtigen und falschen Fälle" unternommen wurden, flechten sich in die Specialdiscussion naturgemäss Auseinandersetzungen über eine Reihe principieller Fragen mit ein, deren Beantwortung für die Anwendung jener Methode überhaupt, sowie die Deutung ihrer Resultate wesentliche Tragweite besitzt. Das Ziel, welches *Fechner* zu erreichen strebt, ist die Feststellung einer Formel an der Hand der Versuchsergebnisse, welche dieselben in so allgemeiner Form zum Ausdruck bringt, dass sich aus ihr ein universelles Maass für die extensive Empfindlichkeit einer Haut-

Digitized by Google

stelle unter verschiedenen Verhältnissen, insbesondere für eine wechselnde Grösse von Distanzen ableiten lässt. Als Ausgangspunkt dient ihm dabei die Procentzahl der richtigen Fälle, welche für eine gegebene Hautfläche gewonnen werden, wenn bei kleinen Zirkelabständen beurtheilt werden soll, ob mit einer oder mit zwei Spitzen berührt worden sei. Die bei dieser Prüfung sich herausstellenden zweifelhaften oder unbestimmten Fälle glaubt *Fechner* dabei auf Grund seiner Untersuchungen zur Hälfte noch den richtigen zurechnen zu müssen. Gleichheit des auf diese Weise modificirten Procentsatzes der richtigen Fälle auf verschiedenen Hautpartien würde natürlich gleiche Grade der extensiven Empfindlichkeit bedeuten, ja es lässt sich, wie das von *Vierordt* geschehen ist, nach den steigenden Procentsätzen der richtigen Fälle bei einer bestimmten Distanz, eine Stufenfolge für die wachsende Feinheit des Raumsinnes an den einzelnen Theilen der Körperoberfläche feststellen. Allein diese Scala giebt uns doch kein allgemein gültiges Maass an die Hand, vermöge dessen wir im Stande wären, für verschiedene Distanzen und verschiedene Hauttheile vergleichbare Rechnungen anzustellen. Zur Lösung dieser Aufgabe haben sowohl *G. E. Müller*, wie *Fechner* Formeln aufgestellt, welche eine gesetzmässige Fixirung der Veränderungen enthalten, die jener Procentsatz (r pCt.) beim Wechsel der Distanzen erleidet. Allerdings geht der Werth r pCt. nicht direct in diese Formeln ein, sondern er wird erst mit Hülfe einer Integralformel in einen ihm äquivalenten Werth t übergeführt. Die aus letzterer berechneten Grundtabellen, welche für jedes r pCt. das zugehörige t enthalten, theilt *Fechner* mit. Der Werth t wird ausser der Zirkeldistanz (D) noch bestimmt durch 2 Constanten, nach der Formel $t = hD \pm k$, wo das $+$ Zeichen der *Fechner*'schen, das $-$ der *Müller*'schen Auffassung entspricht. Dabei sind h und k Werthe, welche die besondere Empfindlichkeit jedes Hauttheils kennzeichnen und daher für jede Stelle eigens bestimmt werden müssen. Andererseits bleiben sie für alle Distanzen constant, so lange sich die Empfindlichkeit nicht ändert. Die Bedeutung, welche *Müller* ihnen beigelegt hat, dass nämlich K als das Product aus der mittleren Raumschwelle S in das Präcisionsmaass h ihrer Variationen nach dem *Gauss*'schen Fehlergesetze anzusehen sei, kommt ihnen nach *Fechner*'s Ansicht nicht zu.

Aus den Werthen t, die man mit Hülfe der Fundamentaltabellen direct für die empirisch gefundenen r pCt. aufsuchen kann, lassen sich nach verschiedenen Methoden, deren Vortheile und Nachtheile *Fechner* eingehend bespricht, die Constanten h und k für jede einzelne Hautstelle berechnen, und durch sie ist dann die Möglichkeit gegeben, das Verhältniss der für verschiedene Theile der Körperoberfläche hinsichtlich ihrer r pCt. äquivalenten Distanzen allgemein gültig festzustellen. Dabei ergiebt sich, dass jenes Verhältniss sich mit der absoluten Grösse der in Betracht gezogenen Abstände ändert.

Das ganze, hier nur in äusserster Kürze berührte Verfahren hat *Fechner* in den verschiedenartigsten Modificationen thatsächlich auf die umfassenden

Digitized by Google

experimentellen Ergebnisse angewendet, welche besonders von dem umsichtigen und unermüdlichen *Camerer* durch jahrelang fortgesetzte Untersuchung des Raumsinnes der Haut gewonnen wurden. Die grössere oder geringere Uebereinstimmung der berechneten mit den thatsächlich beobachteten Resultaten konnte dann als Prüfstein für die experimentellen, wie für die rechnerischen Methoden und für die aufgestellten Formeln in gleicher Weise dienen. Unter eingehendster Würdigung aller in Betracht kommenden Verhältnisse und nach sorgfältigster Controle aller Möglichkeiten kommt *Fechner* zu dem Schlusse, dass durch das sog. wissenschaftliche Verfahren, bei welchem die Versuchsperson im Voraus über das wirkliche Verhalten der Zirkeldistanz unterrichtet ist, ferner bei gleicher Vertheilung der zweifelhaften unter die richtigen und falschen Fälle und endlich bei Anwendung der von ihm aufgestellten Formel die beste Uebereinstimmung der Resultate gegenüber allen anderen Arten des Verfahrens erzielt werde. Die älteren Versuche der *Vierordt*'schen Schule erscheinen leider für derartige vergleichende Controle nicht geeignet. Für etwa anzustellende neue Untersuchungen stellten sich dagegen gerade aus den *Fechner*'schen Discussionen die zu verfolgenden maassgebenden Gesichtspunkte klar heraus.

Am Schlusse seiner Abhandlung vergleicht *Fechner* die Ergebnisse nach der Methode der richtigen und falschen Fälle mit denjenigen der Aequivalenzmethode, die im Gegensatze zu jener ausschliesslich mit grösseren Distanzen operirt. Bis jetzt hat sich herausgestellt, dass die Resultate beider nicht schlechthin vergleichbar sind. Vielmehr stehen die äquivalenten Distanzen, wie sie mit Hülfe der richtigen und falschen Fälle gewonnen werden, in bedeutend weiterem Verhältnisse auseinander, als bei der von *Fechner* in allen Einzelheiten ausführlich besprochenen Aequivalenzmethode.

Erscheint somit nach der vorliegenden Abhandlung die *Fechner*'sche Auffassung und Ausbeutung der Methode der richtigen und falschen Fälle für das Gebiet des Raumsinnes der Haut von weittragender Bedeutung, so haben wir nunmehr über eine experimentelle Arbeit zu berichten, die auf einem anderen Terrain zu entgegengesetzten Resultaten geführt hat. Ob diese Differenz in eigenthümlichen Verschiedenheiten der Wahrnehmungsgebiete oder in bisher unentdeckten experimentellen Fehlerquellen ihre Erklärung findet, muss einstweilen dahingestellt bleiben.

Lorenz, Die Methode der richtigen und falschen Fälle in ihrer Anwendung auf Schallempfindungen. — Philosophische Studien II, 3, p. 394—474.

Im Anschlusse an *Tischer*'s frühere Untersuchungen und unter theilweiser Vervollständigung derselben hat *Lorenz* es unternommen, an der Hand einfacher, aber allseitig systematisch durchgeführter Schallversuche die Frage nach der Bewährung des *Weber*'schen Gesetzes zur Entscheidung zu bringen und dabei gleichzeitig einen kritischen Beitrag zur psychophysischen Me-

Digitized by Google

thodik, speciell hinsichtlich der rechnerischen Verwerthung experimenteller Ergebnisse zu liefern. Nach einer kurzen Darlegung der Gesichtspunkte, von denen *Fechner* und *Müller* bei ihrer Discussion der Methode der richtigen und falschen Fälle, sowie bei der Aufstellung ihrer Formeln ausgegangen sind, bespricht *Lorenz* die bisher nach dieser Methode durchgeführten Untersuchungen, von denen vor Allem *Fechner*'s umfangreiche Gewichtsversuche bedeutungsvoll sind. *Lorenz* selbst experimentirte mit je 2 Bleikugeln vom Gewichtsverhältnisse 2 : 1, deren grössere in einer Versuchsreihe von constanter Höhe auf ein Holzbrett herunterfiel, während die Fallhöhe der kleineren successive derart variirt wurde, dass der erzeugte Schall, Anfangs deutlich schwächer oder stärker, dann annähernd gleich demjenigen der grösseren Kugel und endlich wieder deutlich stärker oder schwächer wurde, als jener. Die Richtung dieser Variation wurde in den einzelnen Reihen ebenso gewechselt, wie die Zeitfolge des Falles beider Kugeln. Aus den 30100 Einzelversuchen, die auf diese Weise mit 2 Kugelpaaren für je 2 Ausgangsfallhöhen durchgeführt wurden, ergab sich zunächst ein entschiedener Einfluss der zeitlichen Succession auf die Schätzung der Schallstärke. Es stellte sich nämlich heraus, dass jener Punkt einer Versuchsreihe, an welchem die Zahl der Gleichheitsfälle ihr Maximum erreichte, an welchem also für die Wahrnehmung beide Schallintensitäten gleich erschienen, bei einer grösseren Fallhöhe der kleineren Kugel eintrat, wenn diese an erster, als wenn dieselbe an zweiter Stelle fiel. Die gleiche objective Schallstärke wurde demnach geringer geschätzt im Vergleiche zu einem nachfolgenden, dagegen höher im Vergleiche zu einem voraufgegangenen Schalleindruck. Höchst wahrscheinlich ist dieses Verhalten auf ein rasches Verblassen des Erinnerungsbildes zurückzuführen; vielleicht spielt auch eine Verstärkung des zweiten Reizes durch Summirung mit den Nachwirkungen des vorangegangenen eine gewisse Rolle.

Fernerhin liess sich eine eigenthümliche Trägheit unseres Auffassungsvermögens nachweisen. Der soeben schon erwähnte „Gleichheitspunkt" lag nämlich bei der aufsteigenden Variation in der Fallhöhe der kleineren Kugel regelmässig nicht unbeträchtlich höher, als beim absteigenden. Die Gewöhnung an einen bestimmten Tact des Kugelfalles beherrschte die Wahrnehmung in beiden Fällen so lange, dass die Veränderung des Intensitätsverhältnisses, resp. die Gleichheit beider Schallstärken erst eine sehr deutliche werden musste, bevor die bis dahin festgehaltene Richtung der Auffassung verlassen wurde. Alle diese relativen Verschiebungen kehrten für die verschiedensten ausgezeichneten Punkte der Versuchsreihen in gleicher Weise wieder.

Für die weitere Verwerthung der Versuchsresultate war vor Allem eine physikalische Bestimmung der objectiven Schallstärken nothwendig. Die Hauptschwierigkeit nach dieser Richtung bietet bekanntlich die Feststellung des Exponenten ε in der *Overbeck*'schen Formel $i = p.h^{\varepsilon}$, nachdem *Tischer* die Variabilität jenes Exponenten mit der Fallhöhe und mit dem Kugel-

Digitized by Google

gewicht nachgewiesen hat. In eigens darauf gerichteten Versuchen konnte *Lorenz* zwar dieses Ergebniss bestätigen, fand aber die Schwankungen relativ gering und vermochte daher die Werthe von ε für seine Versuchsbedingungen in hinreichender Annäherung zu bestimmen; sie schwanken etwa zwischen 0,71 und 0,78. Nachdem mit Hülfe von ε auch die objectiven Unterschiede der verglichenen Schallreize festgestellt sind, geht *Lorenz* an die Prüfung der *Fechner*'schen Formel, zunächst durch Berechnung des „Präcisionsmaasses", welches *Fechner* aus dem *Gauss*'schen Fehlergesetz als Maass der Unterschiedsempfindlichkeit herübergenommen hat. Allein während jener Werth für die angestellten Versuche eine constante Grösse besitzen sollte, zeigt er thatsächlich so bedeutende Schwankungen, dass mit ihnen die Gültigkeit der *Fechner*'schen Voraussetzungen schlechthin unerträglich erscheint. *Lorenz* lässt es unentschieden, ob diese Incongruenz zwischen Rechnung und Beobachtung auf eine fälschliche Uebertragung des Fehlergesetzes überhaupt, oder nur auf die *Fechner*'sche Art der gleichen Vertheilung zweifelhafter Fälle unter die richtigen und falschen zurückzuführen ist. Zu ähnlichen negativen Resultaten nicht nur hinsichtlich der *Fechner*'schen, sondern auch der *Müller*'schen Formel führen einige andere von *Lorenz* angestellte Controlversuche; auch hier bewahrheiten sich die aus jenen abgeleiteten Folgerungen an der Hand der Erfahrung gar nicht oder doch nur in sehr ungenügendem Maasse. Angesichts dieses entmuthigenden Resultates glaubt *Lorenz* auf eine mathematische Formulirung der Thatsachen gänzlich verzichten zu müssen. Allerdings würde dadurch der Werth der ganzen Methode in sehr erheblichem Maasse sinken. Gerade die Möglichkeit, auf Grund der Formel eine allgemeine Beziehung zwischen der Grösse des Reizunterschiedes und dem Procentsatze der richtigen Fälle aufzustellen, hatte ihr eine gewisse Ueberlegenheit gegenüber seinen psychophysischen Methoden gewährt, die zwar den Vortheil einer weniger umständlichen experimentellen und rechnerischen Anwendbarkeit besitzen, aber nur auf die Bestimmung des Unterschiedsschwellenwerthes hinauslaufen. Zur Prüfung des *Weber*'schen Gesetzes, der nächsten Aufgabe aller dieser Methoden, genügt indessen der Nachweis, dass ein ganz bestimmtes Verhältniss der angewandten Reize, unabhängig von ihrer absoluten Grösse, stets den gleichen Procentsatz richtiger Fälle liefert. Am geeignetsten erscheint für diese Untersuchung der Unterschiedsschwellenwerth selber, den man nach *Lorenz*'s Vorschlag zunächst mit Hülfe der Methode der Minimaländerungen bestimmen kann, um sich dadurch einen Anhaltspunkt für die Wahl der verglichenen Reize und gleichzeitig die Möglichkeit einer gegenseitigen Controle beider Methoden zu verschaffen. Der Procentsatz richtiger Fälle (vermehrt um die Hälfte der zweifelhaften), welcher der Unterschiedsschwelle entspricht, ist 50 pCt. Die von *Lorenz* thatsächlich in dieser Weise angestellten Versuche ergaben für den geübteren Beobachter im Mittel 48,52 pCt. Aehnliche günstige Resultate erzielte derselbe bei einer Prüfung des *Weber*'schen Gesetzes nach der Methode der Minimaländerungen allein. Ausgehend von dem nach der

Digitized by Google

Methode der richtigen und falschen Fälle gefundenen Punkte, an welchen der Schall beider Kugeln vollkommen gleich erschien, wurde die Fallhöhe der kleineren Kugel nach oben wie nach unten bis zur Ebenmerklichkeit des Unterschiedes variirt und somit ein oberer und ein unterer Schwellenwerth (jeder wieder in doppelter Weise, vom übermerklichen und vom untermerklichen Reizunterschiede her) ermittelt. Ist r die dem Gleichheitspunkte, r_0 die der oberen, r_u die der unteren Unterschiedsschwelle entsprechende Reizgrösse, so ist die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes erwiesen, wenn für die verschiedensten absoluten Werthe jener Grössen das Verhältniss $\frac{r_0}{r} = \frac{r}{r_u} = C$, d. h. constant bleibt. Die von *Lorenz* für Bleikugeln von 200 bis 0,78 g herunter durchgeführten Beobachtungen ergaben Zahlen, welche diese Bedingung nahezu erfüllen und nur unregelmässige Schwankungen von einer Grösse aufweisen, die vollständig in die Breite der Versuchsfehler und Rechnungsungenauigkeiten fallen dürften. Endlich hat *Lorenz* auch noch aus seinen nach der Methode der richtigen und falschen Fälle gefundenen Tabellen die Quotienten $\frac{r_0}{r}$ und $\frac{r}{r_u}$ berechnet. Diese Werthe stimmen nicht nur unter einander, sondern auch mit den aus der Methode der Minimaländerungen gewonnenen in ausgezeichneter Weise überein.

Einen weiteren Beitrag zur experimentellen Prüfung des *Weber*'schen Gesetzes hat Ref. selber geliefert:

Kraepelin, Zur Frage nach der Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes bei Lichtempfindungen. — Philosophische Studien II, 2, p. 306—326.

Die vielfach einander widersprechenden Angaben früherer Beobachter hatten eine neuerliche experimentelle Untersuchung dieser Frage auf dem Gebiete der Lichtwahrnehmungen sehr wünschenswerth erscheinen lassen. Es wurden daher Versuche nach der Methode der Minimaländerungen angestellt, bei denen eine rotirende *Masson*'sche Scheibe in der *Helmholtz*'schen Modification bei möglichst constanter Beleuchtung (Oellampen, diffuses Tageslicht, Normalkerzen) successive durch graue Gläser von verschiedener, photometrisch bestimmter Helligkeit betrachtet wurden. Das Mischungsverhältniss zwischen Schwarz und Weiss in demjenigen grauen Ringe der *Masson*'schen Scheibe, welcher gerade noch von dem nach aussen benachbarten weissen Ringe abgegrenzt werden konnte, repräsentirte dabei den Unterschiedsschwellenwerth, dessen Constanz bei verschiedenen absoluten Beleuchtungsgraden das *Weber*'sche Gesetz behauptet. Die Schwankungen der Lichtintensität, welche theils durch Verschieben der Lichtquellen, theils eben durch Einschiebung der grauen Gläser erzielt werden

Digitized by Google

konnten, verhielten sich wie 1000 : 3,62 [1]). Die ersten bei dieser Variation der Helligkeitsgrade angestellten Versuche liessen ein rasches Anwachsen der Unterschiedsschwelle, also eine Abnahme der Unterschiedsempfindlichkeit bei niederen Lichtstärken erkennen und schienen somit die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes in irgendwie weiteren Grenzen auszuschliessen. Bei geeigneter Variation der Versuche gelang es indessen, allmälig eine Reihe constanter Fehler aufzudecken und zu eliminiren, welche die Resultate erheblich beeinflusst hatten. Die eine Gruppe dieser Fehlerquellen lag in der diffusen Beleuchtung der Netzhaut. Das *Weber*'sche Gesetz behauptet Gleichheit der Unterschiedsempfindlichkeit, so lange das Verhältniss der Reize sich nicht ändert. Jede Beleuchtung aber, die additiv zu den beiden Vergleichsreizen hinzutritt, muss das Verhältniss derselben ändern, da der schwächere derselben einen relativ grösseren Zuwachs erhält, als der stärkere. Je geringer dabei die Intensität beider Reize ist, um so eingreifender wirkt diese Aenderung ihres gegenseitigen Verhältnisses, bis sie an einem bestimmten Punkte so bedeutend wird, dass der Reizunterschied dadurch unter die Unterschiedsschwelle herabsinkt. Bei diffusem Tageslichte, namentlich an dunklen Tagen, weit mehr aber noch bei künstlicher Beleuchtung ohne besondere Cautelen, macht sich diese Fehlerquelle sehr bemerkbar. Viel befriedigendere Resultate gaben die Versuche in einem völlig verdunkelten, schwarz angestrichenen Zimmer, obgleich auch hier die gänzliche Beseitigung diffuser Beleuchtung nicht ganz erreicht werden kann. Ja, selbst bei idealer Durchführung dieser Bedingung in den äusseren Versuchsumständen bleibt jeder Elimination unzugänglich noch die eigene Helligkeit des Augenschwarz, die, wenn auch mit ungleich geringerer Intensität, doch im gleichen Sinne eine untere Abweichung der Beobachtungen vom *Weber*'schen Gesetze, ein Ansteigen der Unterschiedsschwelle mit dem Sinken der Lichtstärke bewirken muss.

Die zweite Reihe von Fehlervorgängen wird durch die Empfindlichkeitsschwankungen der Netzhaut repräsentirt, insbesondere durch die Vorgänge der Adaptation und der Ermüdung. Allerdings sollten ja beide Momente zunächst nicht im Stande sein, das Verhältniss beider Reize zu ändern, sondern nur die absoluten Werthe beider in gleicher Weise zu verstärken oder abzuschwächen. Für mittlere Lichtstärken bleiben jene Empfindlichkeitsschwankungen auch thatsächlich irrelevant; sobald indessen die Helligkeit unter einen gewissen Punkt sinkt, wird der schwächere der beiden Vergleichsreize nicht mehr im Stande sein, eine gesonderte Empfindung hervorzurufen: die Unterschiedsschwelle muss demnach anwachsen. Muss somit die Thatsache einer physiologischen Schwelle ebenfalls eine nothwendige und nicht zu beseitigende untere Abweichung vom *Weber*'schen Gesetze zur Folge haben, so würde sich die Grenze derselben ein für allemal exact feststellen

[1]) Im Original ist irrthümlich 1000 : 1,42 angegeben, was seiner Zeit Berücksichtigung finden wird.

Digitized by Google

lassen, wenn ausser jenem constanten Fehler nicht noch die so überaus raschen und ausgedehnten Schwankungen der Netzhautempfindlichkeit eine variable Fehlerquelle repräsentirten, welche den Beginn der unteren Abweichung vom *Weber*'schen Gesetze bald bei dieser, bald bei jener Beleuchtungsintensität eintreten lässt. Soweit wie irgend möglich wurde dieselbe dadurch eliminirt, dass bei maximaler Adaptation und minimaler Ermüdung beobachtet wurde. Die maassgebenden, mit allen Cautelen angestellten Versuche ergaben ein Ansteigen der Unterschiedsschwelle von 0,00823 auf 0,00887, also um 0,00064, d. h. $^1/_{13}$ ihres Werthes, während die Beleuchtung von 1000 auf 3,62 heruntersank. Zwischen den Helligkeiten 1000 und 9,61 blieb die Unterschiedsschwelle sogar absolut constant. Das *Weber*'sche Gesetz besitzt demnach innerhalb ziemlich weiter Grenzen strenge empirische Gültigkeit; die von früheren Beobachtern erhaltenen Abweichungen beruhen zum Theil auf Fehlervorgängen, die einer experimentellen Beseitigung zugänglich sind, zum Theil dagegen sind sie die nothwendige Folge gewisser physiologischer Momente (Eigenlicht des Auges, physiologische, vielleicht auch psychophysische Schwelle). Sie erklären sich insofern aus der universellen Gültigkeit jenes Gesetzes selbst, als sie bedingt sind durch thatsächliche Verschiebungen der fundamentalen Voraussetzung über die Constanz des Verhältnisses der beiden Vergleichsreize.

Durch eine neue und originelle Methode der Untersuchung hat *Ebbinghaus* das Gebiet der experimentell-psychologischen Forschung bereichert:

***Ebbinghaus*, Ueber das Gedächtniss. — Leipzig 1885 (XI. und 169 Seiten).**

Verf. operirte mit sinnlosen Silbenzusammenstellungen in mannigfaltigster Combination, die er auswendig lernte, um auf diese Weise gewisse einfache Erscheinungen des Gedächtnisses an der Hand der Erfahrung zu studiren. Die Versuche erstreckten sich über zwei jedesmal reichlich ein Jahr betragende Perioden. Zunächst wurden beliebig herausgegriffene Reihen und Gruppen von Reihen jener sinnlosen Silbencombinationen so lange wiederholt, bis sie zum ersten Male ohne Stocken und fehlerfrei hergesagt werden konnten. Meist liess sich dabei ein regelmässiges Schwanken der Lernzeit zwischen höheren und niederen Werthen feststellen, nachdem sie ein Minimum beim Beginne eines Versuches dargeboten hatte, eine Erscheinung, die *Ebbinghaus* wohl mit Recht auf einen unwillkürlichen Wechsel der Aufmerksamkeitsspannung zurückführt; ein stetig wachsender Einfluss der Ermüdung war in der Regel, abgesehen von dem initialen Minimum der Lernzeit, nicht nachweisbar. Mit der Silbenzahl der gelernten Reihe stieg die Lernzeit sehr bedeutend an. Während 7 Silben nach einmaligem Lesen gerade schon reproducirt werden konnten, waren bei 16silbigen Reihen 30, bei 24silbigen 44 und 26silbigen sogar 55 Wiederholungen nothwendig. Bei sinnvollem Material (Stanzen aus Byron's Don Juan) konnten dagegen 80 Silben schon

Digitized by Google

nach knapp 8 Wiederholungen auswendig hergesagt werden; die Lernzeit betrug ungefähr $^1/_{10}$ derjenigen, welche sich für sinnlose Combinationen nothwendig erwiesen hatte.

Von entschiedener Bedeutung für die Festigkeit des Haftens im Gedächtnisse war die Anzahl der Wiederholungen einer Reihe. Je öfter dieselbe durchgelesen worden war, desto rascher konnte sie bei einer 24 Stunden später angestellten Probe gelernt werden, und zwar betrug die durch jede einzelne Wiederholung bewirkte Ersparung an späterer Lernzeit bei sehr verschiedener absoluter Zahl der Wiederholungen mit merkwürdiger Uebereinstimmung etwa 12,7 Sekunden. Bei sehr beträchtlicher Steigerung der Wiederholungen über die zum erstmaligen Lernen nöthige Zahl hinaus nahm der relative Ersparungseffect derselben rasch ab; durch 3 oder 4 malige Vervielfachung der Repetitionen wurde nur unwesentlich mehr erreicht, als durch das einfache Erlernen.

Eine eingehende experimentelle Untersuchung widmete *Ebbinghaus* dem Studium der Abhängigkeit des Vergessens von der der verflossenen Zeit. Verschiedene Reihen, die gerade erlernt waren, wurden nach wechselnden Zeiträumen wiedererlernt; die sich dabei herausstellende Ersparniss an Lernzeit gab ein directes Maass für die Festigkeit, mit welcher die Reihen noch im Gedächtniss hafteten und ein indirectes für die Quantität des bereits Vergessenen. Die folgende Tabelle giebt unter v die Menge des aus dem Gedächtniss Entschwundenen, berechnet aus der Differenz der erstmaligen und der späteren Lernzeiten, und zwar in Procenten der in der ursprünglichen Lernzeit sich ausdrückenden Arbeitsleistung. t sind die zwischen erstem und zweitem Lernen sich einschiebenden Zeiträume in Stunden.

t	0,33	1,0	8,8	24	48	144	744
v	41,8	55,8	64,2	66,3	72,2	74.6	78,9

Man sieht aus dieser Zusammenstellung, dass Anfangs enorm rasch, später jedoch immer langsamer vergessen wird; in dem Zeitraum von 2 bis zu 31 Tagen macht der Process des Vergessens nur ganz unbedeutende Fortschritte, während er im Verlaufe der ersten Stunde bereits über die Hälfte des Eingeprägten ausgelöscht hat. *Ebbinghaus* macht den Versuch, dieses Ergebniss durch die Formel $b = \frac{100\,k}{(\log t)^c + k}$ auszudrücken, wo b das procentarische Complement von v, nämlich die Arbeitsersparniss, bedeutet, c und k aber Constante sind, deren Werth sich auf 1,25 resp. 1,84 berechnen lässt. Die Zusammenstellung der thatsächlich beobachteten und der nach der Formel gefundenen Werthe von b ergiebt eine befriedigende Uebereinstimmung. In allgemeiner, allerdings nicht ganz präciser Fassung lässt sich aus jenen der Satz ableiten, dass sich die Quotienten aus Behaltenem und Vergessenem umgekehrt verhielten wie die Logarithmen der Zeiten.

Eine weitere Variation seiner Versuche führte *Ebbinghaus* dadurch herbei, dass er dieselben Reihen an aufeinander folgenden Tagen immer von Neuem auswendig lernte. Dabei zeigte sich zunächst, dass die relative Er-

Digitized by Google

sparniss an Wiederholungen beim zweiten Lernen mit der Länge der Reihen und der somit für das erstmalige Erlernen gebrauchten Zahl der Wiederholungen beträchtlich stieg. Längere Reihen mussten zwar häufiger repetirt werden, bevor sie hafteten, aber sie hafteten dann auch um so sicherer. Ferner ergab sich, dass nicht nur die Zahl der erforderlichen Wiederholungen mit jedem folgenden Tage abnimmt, sondern dass auch die Anzahl der ersparten Wiederholungen in sinkender Progression fortschreitet. Bei längeren Reihen geschieht dieses Sinken von anfänglich hohen Werthen ziemlich rasch, während es sich bei kürzeren Reihen mit geringer initialer Ersparniss langsamer zu vollziehen pflegt. Im Ganzen erwies sich für das dauernde Auswendiglernen die hier vom Verf. geübte Vertheilung der Wiederholungen über mehrere Tage günstiger, als die Häufung der Repetitionen zur gleichen Zeit; derselbe Effect, der in einem Beispiel durch insgesammt 38 Wiederholungen an drei Tagen erreicht werden konnte, bedurfte deren 68 an einem einzigen Tage.

Zum Schlusse berichtet *Ebbinghaus* über Versuche, die uns über die Stärke der associativen Verknüpfungen zwischen den entfernter stehenden Gliedern einer erlernten Reihe Aufschluss zu geben bestimmt sind. Aus seinen ursprünglichen Reihen stellte er neue her durch Ueberspringen von je 1, 2, 3 oder 7 Zwischengliedern und stellte die Zeitersparniss fest, welche bei dem Erlernen dieser abgeleiteten Reihen nach 24 Stunden gegenüber demjenigen gänzlich unbekannter Reihen erzielt wurde. In der folgenden Tabelle bezeichnet z die Zahl der übersprungenen Zwischensilben, e die Ersparniss in Procenten der ursprünglichen Lernzeit:

z	0	1	2	3	7
e	33,3	10,8	7	5,8	3,3.

Bei alleiniger Beibehaltung der Anfangs- und Endsilben mit beliebiger Durcheinanderwürfelung der übrigen Silben ergab sich eine Ersparniss von nur 0,5 pCt. Nach den Daten der Tabelle erscheint es unzweifelhaft, dass sich beim Erlernen nicht nur zwischen den unmittelbar benachbarten, sondern auch zwischen den einander ferner stehenden Gliedern einer Reihe associative Verbindungen von abnehmender Stärke knüpfen, welche die spätere Reproduction erleichtern. Aehnliche Associationen, wenn auch von geringerer Ausdehnung und Kraft, liessen sich nach der gleichen Methode in rückläufiger Richtung nachweisen. Bei zunehmender Anzahl der Wiederholungen wird die Verknüpfung aller einzelnen Glieder unter einander eine festere, aber diese Festigung betrifft die unmittelbar benachbarten in höherem Grade, als die einander ferner stehenden. Je häufiger daher eine Reihe memorirt wird, desto stärker wächst verhältnissmässig die Neigung an, bei der Reproduction gerade benachbarte Glieder an einander zu knüpfen.

Auf die letzten noch nach gleicher Richtung vom Verf. unternommenen Versuche wollen wir wegen der Unsicherheit und Vieldeutigkeit ihrer Resultate hier nicht weiter eingehen; ebenso haben wir von einer genaueren Schilderung seiner Methode und deren Cautelen, sowie einer Wiedergabe seiner theoretischen Auseinandersetzungen, namentlich über die Bedeutung

Digitized by Google

des *Gauss*'schen Fehlergesetzes, absehen zu müssen geglaubt. Wir können jedoch nicht schliessen, ohne Angesichts dieser zwar unsäglich mühseligen, aber entschieden erfolgreichen und auf exacter Grundlage ruhenden Untersuchungen das stolze Citat zu wiederholen, welches *Ebbinghaus* seiner Arbeit als Motto vorangestellt hat: „De subjecto vetastissimo novissimam promovemus scientiam."

Buccola e Bordori-Uffreduzzi, Ueber die Zeit der Farbenperception. — Rivista di filosofia scientifica, IV, 4, 1, 1884, 6 Seiten. (S. A.)

Die beiden Verff., von denen *Buccola*, einer der begabtesten und kenntnissreichsten jungen italienischen Psychiater, am 5. März d. J. in Turin gestorben ist, haben durch eine grössere Anzahl von zeitmessenden Versuchen mit Lichtreizen die Unterscheidungszeiten für die verschiedenen Farben festgestellt, um auf diese Weise gewissermaassen zu einem „psychometrischen Spectrum" zu gelangen, von dessen Untersuchung sie sich auch practische Bedeutung für die Aufdeckung feinerer Anomalien der Farbenunterscheidung versprechen. Grün wurde von Beiden am schnellsten unterschieden, doch sind sie geneigt, dieses Ergebniss der grösseren Intensität und Ausdehnung der betreffenden Lichtquelle zuzuschreiben. Die Resultate für die übrigen Farben sind in nachstehender kleiner Tabelle enthalten und zeigen eine bemerkenswerthe Regelmässigkeit bei beiden Beobachtern:

	B.	*B.-U.*
Roth	0,153	0,160
Blau	0,156	0,164
Violett	0,161	0,168.

Dietze, Untersuchungen über den Umfang des Bewusstseins bei regelmässig aufeinander folgenden Schalleindrücken. Philosophische Studien II, 3, p. 362—393.

Die von *Wundt* früher bereits provisorisch beantwortete Frage, wie viel einfache successive Vorstellungen gleichzeitig neben einander im Bewusstsein bestehen können, ist von *Dietze* einer neuen experimentellen Prüfung unterzogen worden. Indem er zwei Gruppen von Pendelschlägen eines Metronoms, deren eine dem Umfange nach variirt wurde, auf einander folgen liess, stellte er bei verschiedener Schwingungsdauer des Pendels diejenige Zahl der Schläge fest, bei welcher die Gleichheit oder Ungleichheit der beiden Gruppen ohne Zählen noch annähernd richtig aufgefasst wurde. Die Bildung einzelner Untergruppen wurde dabei nicht geflissentlich vermieden und nur bei einer kleineren Zahl von Versuchsreihen absichtlich vorgenommen. Die Intervalle je zweier Pendelschläge variirten zwischen 5 und 0,11 Sekunden, die Zahl der Eindrücke einer Gruppe von 3—18; bei den Versuchen mit Bildung von Untergruppen stieg dieselbe bis 48.

Digitized by Google

Das Ergebniss der bei drei Personen genauer durchgeführten Untersuchungen war zunächst, dass die Zahl der einfachen, regelmässig aufeinander folgenden Gehörseindrücke, welche ohne Weiteres mit der voraufgehenden Normalgruppe identificirt, also noch als Einheit im Bewusstsein aufgefasst werden konnten, durchaus abhängig war von der Geschwindigkeit ihrer Succession. Bei einer Schwingungsdauer von mehr als 4 Sekunden war eine Zusammenfassung der einzelnen Schläge überhaupt nicht möglich; von da ab jedoch stieg die Zahl der combinirten Schläge mit Zunahme der Geschwindigkeit erst langsamer, dann rascher, bis bei einer Schwingungsdauer von ungefähr 0,3—0,2 Sekunden ein Maximum erreicht wurde, welches bei weiterer Beschleunigung der Succession ein sehr rasches Sinken erkennen liess. Unter günstigsten Verhältnissen konnte der „Maximalumfang des Bewusstseins" bei allen Versuchspersonen übereinstimmend auf 16 einfache Vorstellungen festgestellt werden. Sobald jedoch die Bildung von Untergruppen vorgenommen wurde, gelang es sogar noch etwa 40 Vorstellungen zu einer Einheit zusammenzufassen. Interessant ist es, dass die Grenze, jenseits derer eine derartige Zusammenfassung nicht mehr möglich war, überall für die geradzahligen Gruppen von Pendelschlägen höher gelegen war, als für die ungeradzahligen. In ganz besonderem Maasse günstig erwiesen sich die Gruppen von 4, 6, 8 und 16 Eindrücken, ungünstig dagegen solche von 9 und 15, noch mehr von 11 und 13 Schlägen. Offenbar deutet dieses Verhalten auf eine tiefe und allgemeine Neigung zu rhythmischer Gliederung regelmässig sich folgenden Gehörseindrücke nach der Zweizahl hin, die sich natürlich auch in dem Abklingen derartiger Vorstellungen geltend machen muss. Die stärker betonten Glieder einer derartigen rhythmisch aufgefassten Reihe werden länger und in grösserer Intensität sich über der Schwelle des Bewusstseins erhalten, als die dazwischen liegenden. Bei der Bildung von Untergruppen herrschten ebenfalls geradzahlige Combinationen vor, namentlich der Zahl 8 schien dabei eine hervorragende Bedeutung zuzukommen. Gerade nach dieser Richtung hin bedürfen indessen die experimentellen Unterlagen noch vielfacher Ergänzung.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie. Referent: v. Krafft-Ebing-Graz.

Clark Bell, Irrsinn und Verbrechen. — Medico-legal Journal December .. the Alienist and Neurologist October.

Verf. bekämpft das in Amerika geltende und mit der wissenschaftlichen Erfahrung in Widerspruch stehende juristische Dogma, wonach Strafbarkeitsbewusstsein und Unterscheidungsvermögen mit der Einsicht in die Bedeutung

Digitized by Google

und Folgen der intendirten Handlung ein sicherer Beweis der Zurechnungsfähigkeit sei. All dies kann vorhanden und doch der Wille unfrei sein. Nach diesem irrigen Dogma wurden 1883 der zweifellos irrsinnige (melancholische) Gouldstone, welcher seine 5 Kinder ermordet hatte, sowie der an alkohol. Verfolgungswahn leidende Cole in London, der in scheusslicher Weise seinen Sohn getödtet hatte, zum Tode verurtheilt, jedoch begnadigt. Auch die Verurtheilung des verrückten Guiteau erfolgte aus solchen falschen Anschauungen. In Uebereinstimmung mit dem ausgezeichneten Juristen Sir James Stephen machte Verf. geltend, dass alle intellectuellen Bedingungen der Zurechnungsfähigkeit vorhanden sein und diese gleichwohl fehlen könne, weil der Wille gebunden, unfrei, die Freiheit des Entschlusses aufgehoben war. Verf. dringt und hofft auf eine entsprechende Gesetzgebung, wodurch manchem Unrecht vorgebeugt würde.

Everts, Zurechnungsfähigkeit der Irren. — American Journal of insanity, April.

Verf. kommt auf Grund von höchst sonderbaren philosophischen Betrachtungen zum Schluss, dass die Irren eine Last und Gefahr für die gesunden Elemente der Gesellschaft sind und man kurzen Process mit ihnen machen sollte! Echt amerikanisch legt er sich die practische Frage, ob man denn die armen Irrsinnigen aufhängen solle, vor. Er entgeht der logischen Antwort aus seiner Prämisse, indem er die Todesstrafe überhaupt als barbarische Institution vergangener Zeiten ablehnt. Gleichwohl ist es ihm gleich, ob ein Irrsinniger oder ein Gesunder ein Verbrechen begeht, und so lange das Gesetz die Letzteren für gewisse Verbrechen mit dem Tod noch bestraft, möge das Gleiche in gleichem Falle den Irrsinnigen widerfahren! Verf. ist „Medical superintendent of Cincinnati Sanitarium, College Hill, Ohio".

Bucknill, Die Beziehungen zwischen Irrsinn und Verbrechen. — The medico-legal journal, September.

Die ärztliche Auffassung des Irreseins als einer Hirnkrankheit, welche die psychischen Functionen stört, ist weiter als die in foro. Verf. definirt das in foro in Betracht kommende Irrsein als „unfähig machende" („incapacitating") Schwäche oder Störung des Geistes durch Krankheit („disease"). Unter Unfähigkeit versteht Verf. die mangelnde Fähigkeit, die verbrecherische Handlung zu unterlassen, also die mangelnde Selbstbestimmungsfähigkeit, der Mangel der Selbstcontrole. Wer sich nicht selbst bestimmen kann, muss von Strafe verschont bleiben, gerade wie Jemand, der nicht frei handeln kann, dispositionsunfähig sein muss.

In der mangelnden Selbstbestimmungsfähigkeit liegt nach Verf. der Schwerpunkt der Zurechnungsfähigkeitsfrage. Die englische und amerika-

Digitized by Google

nische Justiz findet ihn im Unterscheidungsvermögen und kümmert sich nicht um die erste Bedingung, obwohl sie doch die entscheidende ist. Verf. betont, dass auf Grund dieser, 1843 anlässlich des Mc. Naughten-Falles formulirten Anschauung noch 1883 Gouldstone und Cole zum Tode verurtheilt wurden, obwohl die medicinische Wissenschaft über solche Dogmas längst zur Tagesordnung übergegangen ist. Dass die jetzige Auffassung der Zurechnungsfähigkeitsbedingungen nicht mehr haltbar ist, erkennen selbst bedeutende Juristen an. Einer derselben, Stephen, schlägt folgenden Zurechnungsfähigkeits-Paragraph vor: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Handlung durch geistige Schwäche oder geistige Störung unfähig war, sich selbst zu bestimmen („controlling his own conduct"), mag er auch diese Unfähigkeit selbst verschuldet haben. Verf. kritisirt diese Fassung und glaubt sie so zu verbessern: „Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Handlung der Fähigkeit sie zu unterlassen beraubt war („incapable of not doing") auf Grund von Idiotie oder von krankhafter Störung der Geistesthätigkeit".

Verf. wendet sich dann zu dem fehlerhaften englisch-amerikanischen Processverfahren, das keine officielle Untersuchung eines zweifelhaften Geisteszustandes vor der Hauptverhandlung kennt, so dass die Freisprechung eines Irren Glücks- und Zufall, vielfach abhängig von seinen Mitteln, Vertheidiger zu bestellen, ist und nicht selten Begnadigung eine Remedur abgeben muss, wenn eine skandalöse Verurtheilung eines Geisteskranken erfolgt war und der Irrsinn hinterher erwiesen wurde.

Krauss, Die Psychologie des Verbrechens. — Ein Beitrag zur Erfahrungsseelenkunde. Tübingen. 8. 421 S.

Verf. giebt in dieser Schrift Lese-, Denk- und Beobachtungsresultate einer 5 Jahrzehnte umfassenden Thätigkeit. Grundgedanke ist „das Bestreben dem Causalzusammenhang aller in das Gebiet des Verbrechens fallenden Erscheinungen nachzuforschen, sie auf ein gemeinsames ethisches Princip zurückzuführen. Ein allgemeiner Theil beschäftigt sich mit den Begriffen des Verbrechens, der geistigen Normalität, den Abweichungen der geistigen Normalität unter kurzer Darstellung der Psychosen. Des weiteren werden die ursächlichen Bedingungen des Verbrechens erörtert. Der zweite Theil behandelt das Verbrechen in seinen Charakterformen (Verbrechen gegen Eigenthum, gegen Personen). Das Werk ist eine beachtenswerthe Erscheinung auf dem Gebiet der Criminalpsychologie uud darf auch der Beachtung der Fachgenossen empfohlen werden.

Maudsley, Moralischer Sinn und Wille bei Verbrechern. The medico-legal Journal. Juni.

Bei dem Gewohnheitsverbrecher fehlt der moralische Sinn oder ist stumpf. Ein gewisser Procentsatz derselben ist auch schwachsinnig. Un-

Digitized by Google

fähig zu einer sesshaften ordentlichen Berufsthätigkeit sind sie vielfach Vagabunden, denn sie passen bei ihrer inferioren Organisation nicht in die geordneten Verhältnisse der heutigen Civilisation. Sie sind nicht im Stande sich ihr Brod zu verdienen, ertragen wenig Zucht und Beschränkung, sind reizbar, geneigt, Verbrechen, von denen sie gerade erfahren, nachzuahmen, sind geeignete Werkzeuge in der Hand geistig höher stehender verbrecherischer Menschen. Sie sind übel daran, denn die Gesellschaft verlangt, dass diese socialen Auswürflinge ihrer Ordnung sich fügen, ihre Organisation legt ihr Veto ein, gleichwohl sind sie einmal da und wollen existiren.

Gewissen und Reue zeigen sie nicht. Im Gefängniss kommen sie bei ihrer Reizbarkeit und mangelhaften Selbstcontrole mit der Disciplin ewig in Conflict. Gleichwohl bringen sie den grössten Theil ihres Lebens dort zu, denn kaum entlassen, werden sie rückfällig. Manche dieser Individuen sind epileptisch, andere hereditär belastet und mit anatomischen Degenerationszeichen behaftet. Erziehung vermag sie nicht zu bessern, höchstens weniger gemeingefährlich zu machen. Bemerkenswerth ist, wie sie im Gefängniss mit einander sympathisiren, sich an einander anschliessen.

Für die Philosophie, welche den moralischen Sinn nicht als eine Entwicklungsblüthe menschlicher Veredelung, sondern als eine Folge supernaturaler Inspiration ansieht, sind diese degenerativen Existenzen, bei denen der moralische Sinn auf dem Nullpunkt steht, interessante, nur leider bisher vernachlässigte Forschungsobjecte, nicht minder für die Criminalpsychologie. Das heutige Strafhaus und die festen Straftaxen passen nicht für diese Stiefkinder der Natur und der Gesellschaft.

Ganz anders die Verbrecher, welche zwar gut veranlagt, in Versuchungen gerathen und solchen unterlegen sind (Gelegenheits- oder Ausnahme-Verbrecher. Eine 3. Categorie umfasst Gewohnheitsverbrecher durch fehlerhafte oder mangelnde Erziehung.

Selbstverständlich giebt es Uebergänge zwischen diesen drei Classen. Alle diese Categorien criminell gleich zu behandeln ist vom Uebel. Das menschliche Mitleid wendet sich missverständlich nur der 2. und 3. zu und schliesst die 1. aus.

Gesetzentwurf über die öffentlichen, privaten und Verbrecherirrenanstalten. — Archivio italiano per le malatie nervose. September — . . Annales médico-psychol. November.

Abdruck des am 21. März der Deputirtenkammer vorgelegten Entwurfs nebst dem Motivenbericht. Der Entwurf enthält 37 Artikel.

Maassregeln zum Schutz und zur Beaufsichtigung der Irren ausserhalb der Irrenanstalten. — Annales médico-psycholog. Juli. September.

Falret bezweifelt, ob sich die im Irrengesetzentwurf vorgesehene Anzeigepflicht der Erkrankung von Angehörigen werde durchführen lassen.

Digitized by Google

Dazu bedürfte es der Creirung von eigenen „Commissioners in lunacy". Ihre Aufgabe wäre die Veranlassung der ärztlichen Constatirung des Geisteszustands, die Evidenzhaltung des Falles, die Ueberwachung der Pflege und die Anzeige an die Verwaltungs- oder Justizbehörden, wenn sich Missstände ergeben.

Lunier will die Aufsicht des Staates auf die nicht in der Familie verpflegten Geisteskranken beschränkt wissen, wie dies auch die fremdländische Gesetzgebung, mit Ausnahme der norwegischen, statuirt. Das Geheimniss der Familie muss geschont werden. Gegen etwaige Verwahrlosungen schützt genügend der Art. 341 des Code penal.

Christian ist gleicher Ansicht. Er beleuchtet die diagnostische Schwierigkeit die Geisteskrankheit von Neurosen mit elementaren psychischen Symptomen abzugrenzen, den Eingriff in die Rechte und die Geheimnisse der Familie u. s. w.

Garantien bezüglich der Entlassung aus Irrenanstalten. — Annal. médico-psychol. März.

Espiou hält wenig von versuchsweisen Entlassungen und giebt abschreckende Beispiele aus seiner Erfahrung. Oft werden jene von den Angehörigen nur verlangt, um die Kranken zu Unterschriften auf Urkunden u. s. w. zu missbrauchen. Noch schlimmere Erfahrungen hat er mit der Entlassung gemeingefährlicher Irrer gemacht. Solche Menschen sollten im Sinne des Gesetzentwurfs commissionell untersucht und nur von einer Commission entlassen werden. Was die Entlassung harmloser Kranker betrifft, so bestreitet Verf. vorweg den Kranken dieses Prädikat. Viele Kranke sind im Asyl inoffensiv und draussen gefährlich. Die Aerzte der Anstalt werden oft über die Vita anteacta ungenügend informirt. Erst hinterher erfahren jene oft was diese angestellt haben.

Christian hat von Beurlaubungen und provisorischen Entlassungen keine schlechten Resultate gehabt. Die Uebernehmer sind natürlich verantwortlich für die Aufsicht. Dieses traitement moral durch Beurlaubung darf dem Irrenarzte nicht entzogen werden. Bei placements volontaires kann überhaupt die Entlassung nicht verweigert werden.

Entwurf eines französischen Irrengesetzes. — Annales médico-psychol. Juli.

Abdruck des von der Commission des Senats redigirten Entwurfs.

***Folsom* u. *Bailey*, Auszug aus den statutarischen und gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Irrenfürsorge in den V. S. — Philadelphia. Lea's Son u. Cie. gr. 8. S. 111.**

Enthält die wichtigsten bezüglichen Bestimmungen der verschiedenen Staaten.

Digitized by Google

***Blanche*, Die Projecte einer Reform des französischen Irrengesetzes. — L'encéphale No. 2.**

Wortlaut des der Akademie der Medicin von *Blanche* erstatteten Berichtes. Bei allen Vortheilen des Entwurfs, insofern er den Irren ausserhalb der Anstalten alle Aufmerksamkeit zuwendet, staatlich die Errichtung von Verbrecherasylen versucht und den administrativ ärztlichen Dienst der künftig aus freier Bewerbung hervorgehenden Irrenärzte regelt, verkennt Verf. nicht gewisse Nachtheile, die daraus entstehen, dass die Juristen in die Aufnahmsbestimmungen in Anstalten hineingepfuscht und damit die Leistung des Arztes erschwert haben. In dieser Hinsicht verlangt *B.* Klarstellung der Position des Arztes. Abgehen von der Forderung zweier ärztlicher Zeugnisse oder eines mit 2 Unterzeichnern, Nichtgestattung von Beobachtungsabtheilungen in den Irrenanstalten behufs Beobachtung Neueingetretener während eines Monates.

Mesnet polemisirt gegen Art. 15, der nur provisorische Aufnahme kennt und die Prüfung des Geisteszustands durch den Staatsanwalt und einen Arzt binnen 3 Tagen nach der Aufnahme verlangt, um jede missbräuchliche Aufnahme unmöglich zu machen. Auch ihm erscheint die Creirung von Beobachtungsabtheilungen eine unnütze und kostspielige Maassregel.

Die vom Gesetz vorgesehenen probeweisen Entlassungen convalescirender Patienten können nützlich sein, wenn sie nur bis zu Monatsfrist dauern, anderenfalls hält er sie schädlich für den Patienten, seine Familie und für die Gesellschaft.

***Mann*, Die Nothwendigkeit einer Anerkennung der Trunksucht als Krankheit in foro. — The medico-legal Journal. Juni.**

Verf. tritt mit klinischen Argumenten für die Anerkennung der Trunksucht (continuirliche und periodische) als Krankheit ein. Er geht wohl zu weit, wenn er als ihre Entstehnngsbedingungen jeweils eine angeborene hereditäre oder erworbene Neurasthenie annimmt. Die Intervalle bei der periodischen Dipsomanie mögen anfangs lucide sein; mit häufigerer Wiederkehr werden sie aber unrein durch immer mehr sich geltend machende Geistesschwäche.

***J. Weiss*, Geistesstörung und Ehetrennungsgesetz in Frankreich. — Wiener med. Wochenschrift No. 38.**

Die Aufnahme der unheilbaren Geisteskrankheit als Ehetrennungsgrund scheiterte in Frankreich an der geltend gemachten Unmöglichkeit einer absolut sicheren Prognose. Diese Unvollkommenheit der menschlichen Urtheilskraft kann und darf jedoch nicht für die Gesetzgebung maassgebend sein. Nur das Interesse der allgemeinen Wohlfahrt sollte Motiv für jene sein. Die betr. Frage hat ein eminentes Interesse in dieser Hinsicht, insofern geistige Krankheit vererblich ist. Diese Thatsache bezüglich der

Digitized by Google

Opportunität der Ehescheidung wurde bei der Discussion in Frankreich gar nicht gewürdigt.

Laehr, Ueber Entmündigung in den Lucidis intervallis. — Diese Zeitschr. Bd. 41, S. 432.

Hasse, Ueber Selbstmord in Irrenanstalten. — Diese Zeitschr. Bd. 41, S. 297.

Kiernan, Ueber simulirtes Irresein. — The Journal of nervous and mental disease. April.

Verf. zeigt an älteren und neuen Fällen, wie misslich es ist, aus einzelnen Thatsachen und analytisch Schlüsse für oder gegen Simulation zu ziehen. Er weist weiter nach, dass Irrsein und Simulation einander nicht ausschliessen, dass fälschlich behauptete Amnesie für die strafbare That bei Irren nichts Seltenes.

Tamburini, Gerichtsärztliches Gutachten über einen Dipsomanen. — Rivista sperimentale. X. Jahrgang. Heft 3.

Am 21. Juni 1881 wurde Cesar T. zur Beobachtung seines Geisteszustands der Irrenanstalt übergeben. Von guter Familie, guter Erziehung und Begabung hatte er sich zeitweise ganz unmoralischer und selbst verbrecherischer Handlungen, zuletzt eines Betrugs im Betrag ven 5000 frcs. zum Nachtheil seines Vetters schuldig gemacht, indem er die für diesen auf der Post eingelaufene Summe in schlauer Weise an sich brachte um sie zu vergeuden. Da C. seit Jahren Gegenstand der Sorge wegen seiner unmoralischen Streiche, seiner zeitweisen Trunksucht und Verschwendung, seiner Uncorrigirbarkeit in Schule, Elternhaus und Militärleben gewesen war und ein Irrenarzt schon längst die Diagnose auf moralisches Irresein gemacht und Anhaltung in einer Irrenanstalt beantragt hatte, erschien die Prüfung des Geisteszustands nöthig.

C. stammt von geachteter Weinhändlerfamilie, war gesund und geistig normal bis zum 16. Jahre. Von da an begann er zu faullenzen, zu trinken, Schulden zu machen. Man musste ihn von der technischen Hochschule heimnehmen. Er wurde nicht besser. Mit 18 J. schickte ihn der Vater heim um der Mutter schonend mitzutheilen, dass der Bruder das Bein gebrochen. Voll Mitgefühl reiste C. ab, aber er ging nicht heim, sondern soff, vagabundirte in einer anderen Provinz mit Prostituirten herum, machte in des Vaters Namen Schulden, bis man ihn heimholte. Nun that man ihn zum Militär. Bei seinem guten Charakter und seiner Intelligenz avancirte er zum Korporal, wurde aber bald degradirt, da er anlässlich eines kurzen Urlaubs diesen überschritt saufend und Orgien feiernd. Er nahm seinen Abschied, kehrte voll guter Vorsätze heim, hielt sie eine Zeitlang, bis er wieder excedirte, vagabundirte, soff, sein Geld verschleuderte und Schulden

Digitized by Google

machte. Solche Raptus kehrten in der Folge häufig wieder. Er wurde auch intervallär reizbar und es war daheim immer weniger mit ihm auszukommen. Man gab ihn in Pension, dann verschaffte man ihm einen Dienst, Alles vergeblich. Ein Onkel nahm ihn zu sich, hielt ihn streng. Das half eine Weile. Eines Tages entwich er, soff herum, kam endlich heim. Man consultirte den Irrenarzt, der zur Anstalt rieth. Der Vater konnte sich dazu nicht entschliessen. Auch der an Apoplexie erfolgte Tod der geliebten Mutter und eines geliebten Onkels machten keinen dauernden Eindruck. Er soff nach wie vor und wurde dauernd erregt, unstät und auffällig. Nun folgen wiederholte gerichtliche Bestrafungen wegen Verkaufs geliehener Gegenstände, bis er zuletzt die Gaunerei mit dem Geldbrief beging. Die Art, wie er das Geld mit Kaufen und Verkaufen von Wagen und Pferden, Saufen u. s. w. in kurzer Zeit verplemperte, ist bezeichnend. In der Verhandlung wurde die Periodicität dieser Anfälle und die Thatsache, dass er schon gegen 100000 frcs. seiner Familie gekostet hatte, constatirt. In dieser soll Nervosität zu Hause sein. In der Irrenanstalt konnte keine geistig abnorme Erscheinung aufgefunden werden, auch kein moralischer Defect. Sein Hang zu geistigen Getränken besteht fort. Schon auf geringe Quantitäten wird er congestiv, aufgeregt. Ausser etwas Plagiocephalie bietet er körperlich nichts Abnormes. Volle Einsicht in seine früheren Fehler und beste Vorsätze keinen Rückfall zu erleben.

Das Gutachten constatirt die periodische Wiederkehr von Impulsen zum Trinken, die abnorm geringe Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen Alkohol, dessen Wirkung darin besteht, dass C. allen moralischen Halt verliert, sinnlos, verbrecherisch handelt und zu neuerlichen Alkoholexcessen gedrängt wird.

Krankhaft an ihm sind der zeitweise wiederkehrende unwiderstehliche Hang zu Alkoholexcessen und die Reactionsweise des Gehirns auf solche. Diese besteht nicht in Trunkenheit, sondern in acuter psychischer Störung. Es handelt sich um einen Fall von Dipsomanie. In einem solchen Anfall beging er auch die incriminirte Handlung. Die Intervalle sind rein. Moralischer Irrsinn ist auszuschliessen. Rückfälle sind bei dem constitutionell und hereditär veranlagten Leiden vorauszusehen und eine dauernde Anhaltung in einer Irrenanstalt ist räthlich. C. wurde freigesprochen. Die Familie liess sich von ihm bereden, ihn aus der Anstalt zu nehmen. Sofort wurde er rückfällig.

***Blanche* u. *Motet*, Verfolgungswahn. Mordversuch. Gerichtsärztl. Gutachten. — L'encéphale No. 4.**

C., 44 J., leidet seit 1878 an masturbatorischem Verfolgungswahn, wechselte viel den Ort aus Furcht für sein Leben, hörte massenhaft Stimmen, rief wiederholt die Behörden um Schutz an, kam 1879 eine Zeitlang in's Irrenhaus, durch Dissimulation wieder heraus. Auf Grund drohender Briefe kommt er 1880 neuerdings in's Irrenhaus. Dort wird er mit

Digitized by Google

üblen Gerüchen und Elektricität gequält, entweicht im April 1882, arbeitet bis Sept. 1883, wird dann entlassen, beklagt sich auf einer Zeitungsredaction über seine Verfolgungen. Massenhaft Stimmen. Sie rathen ihm Selbstmord, um seinen Verfolgern zu entgehen; als er nicht folgt, schimpfen sie ihn Feigling, verlangen, er solle wenigstens einen Herrn, der vor ihm auf der Strasse geht, erschiessen. Er zieht seinen Revolver und feuert zwei Schüsse auf einen Dr. *Rechard* ab. Die Stimmen sagen ihm, „da man dich nicht verhaftet, geh deiner Wege". Er geht ruhig fort, heim, denuncirt sich am anderen Tage auf einem Zeitungsbureau, klagt über Hunger. Man schickt ihn fort. Am 2. October, nachdem er in den Zeitungen seine Affaire gelesen, schreibt er an sein Opfer: „die zwei Schüsse waren provocirt und dirigirt vom Hausmeister .... seinem Weib und seinen Complicen".

Ein Unglücklicher, seit 1876 Opfer der schrecklichsten Qualen, Gewaltthaten, magnetisirt, vergiftet, von Stimmen verfolgt, beherrscht, unter unablässiger criminelle Verfolgung bis zur Hemmung der Respiration, Verwirrung der Gedanken, kaltem Schweiss, Erbrechen etc." Am 4. October sagen ihm die Stimmen, er solle sich verhaften lassen. Er geht zur Polizei, bekommt endlich Gehör und macht sein Geständniss. C. fand dauernde Aufnahme in der Irrenanstalt.

Virgilio, **Gerichtsärztliches Gutachten über einen zweifachen Mörder. — Rivista sperimentale di Freniatria. X. Jahrgang. Fascic. 1. 2. 3.**

Am 28. Febr. 1882 hatten sich die Eheleute C. bei einer befreundeten Beamtenfamilie S. einquartirt. Am 2. März Nachmittags 4 Uhr wurde die Ehefrau S., als sie, um Einkäufe zu machen, das Haus verlassen hatte, von dem hinter ihr drein gehenden C. angeschossen. Frau C. eilte herbei. Ihr Mann schoss auch auf sie. Sie war Mutter von 2 Kindern und im 3. Monat schwanger. Frau S. lebte schwerverwundet noch bis zum 12. Sie wusste kein Motiv für die That des C. Die C. hatte ihren Mann kurze Zeit vorher traurig gefunden, zu einem Landaufenthalt veranlasst. Sie hielt denselben für irrsinnig und meinte die Hämorrhoiden seien ihm zu Kopf gestiegen. Der Angeschuldigte motivirte seine That mit Eifersucht gegen seine Frau und erklärte die S. als deren Helfershelferin bei ihren Ehebrüchen. Die genaueste gerichtliche Untersuchung erwies die Grundlosigkeit dieser Beschuldigungen des S. gegen die beiden Frauen. Auffällig war, dass die S.'s und C.'s im besten Einvernehmen gelebt hatten.

Ausser der Aeusserung der sterbenden Frau, wusste kein Zeuge über Irrsinn des C. etwas zu berichten. C. selbst motivirte seine That mit einem plötzlichen Antrieb, der ihm den Geist verwirrt habe.

C., 45 J. alt, ist Arzt. Der Stirnschädel fliehend. Der Gesammtschädel plagio-scaphocephal. Er war von jeher schweigsam, misstrauisch, eigenartig, unheimlich. Sein Schwager fürchtete sich vor ihm, ging ihm aus dem Wege. C. schaute die Leute, mit denen er sprach, nicht an, hiel

Digitized by Google

sein Haus immer geschlossen und gestattete Niemand Eintritt in sein Privatzimmer. Er war höchst reizbar, egoistisch. Seine Frau hatte viel mit ihm ausgestanden. Mit seinen Angehörigen war er nie ausgekommen, obwohl sie ihm wohlwollend entgegenkamen. So soll er in einem Erregungszustand einmal auf seinen Vater und sein Land geflucht und jenem in's Gesicht gespuckt haben. Auch Misshandlungen von Weib und Kind waren vorgekommen. Er war schrecklich jähzornig und seine Affecte hatten pathologisches Gepräge. C.'s Muttersmutter und Vatersbruder waren irrsinnig gewesen.

C. hatte immer Neigung gehabt, Andere zu kränken, dem Schwager anonyme Drohbriefe gesendet, etwa 1 Jahr vor der That ein Mädchen aus guter Familie verführt und durch Verdächtigungen Anderer Zorn, Schande und Strafe zu entgehen gewusst. Sein zerfahrener, unsteter, düsterer, excentrischer, abnormer Charakter manifestirt sich in bis auf 20 Jahre zurückreichenden Briefen. Ausserdem verrathen sie mangelnden moralischen Sinn und grosse Sinnlichkeit und sind stylistisch und graphisch höchst sonderbar.

Aus den Depositionen ergiebt sich weiter, dass C. seit vielen Jahren nervenkrank, hypochondrisch war. Dafür sprechen auch seine erhöhte Schmerzempfindlichkeit und Reflexerregbarkeit, die mydriatische und sehr träge reagirende Iris, die ungleichen Pupillen, seine grosse Wärmebedürftigkeit. Seine Gefässe sind auffallend rigid und atheromatös. Die ganze Erscheinung deutet auf senium praecox. Sein Leben war ein unstetes geworden. Aus Gesundheitsrücksichten hatte er beständig den Platz gewechselt, sich überall unwohl gefühlt, viel medicinirt, geglaubt die Leute wollen ihm übel. Seit der Verführungsgeschichte hatte sich all dies gesteigert, er äusserte Verfolgungsideen, weshalb seine Frau ihn zu den befreundeten S.'s aufs Land gebracht hatte. Diesen war sein verstörtes, blasses, auch gegen seine Frau misstrauisches Wesen aufgefallen. Als Ursache ermittelte die Expertise schon längst bestehenden Eifersuchtswahn, Wahnideen, dass die Frauen es darauf abgesehen hätten, ihn verrückt zu machen oder umzubringen. Die harmlosesten Vorkommnisse der letzten Tage hatten zur Stütze dieser Wahnideen gedient, theils alogisch interpretirt, theils illusorisch aufgefasst. In einem Moment der Verzweiflung und der vermeintlich ihm bevorstehenden Katastrophe hatte er in quasi instinctiver, impulsiver Nothwehr die Frauen getödtet. Das Gutachten erwies, dass C. ein erblich schwer belasteter, seit Jahren hypochondrischer, nervenschwacher, schliesslich der Paranoia persecutoria anheim gefallener Mensch war, der aus Verfolgungsdelir seine incrim. Handlungen beging.

v. *Krafft*, ein criminal-psychologisch denkwürdiger Gerichtsfall. — Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Steiermark.

Ein 15 J. alter Bauernjunge K. hat eine Unzahl Leute mit ausgestreuten Schmähzetteln mystificirt, die in höchst läppischer und cynischer Weise

Digitized by Google

Kaiser, Beamte, Behörden, Private schmähten, mit Mord und Brandstiftung odrhten und mit den Namen verschiedener Ortsbewohner gezeichnet waren. Unter Mithülfe von Mutter, Schwester des K. und eines Knechtes sowie durch falsches Zeugniss entstand ein wahrer Criminalroman mit Einkerkerung Unschuldiger, den weitgehendsten Mystificationen bis zu fingirtem Angeschossenwerden des K. durch einen Unbekannten. Endlich gelang es K. als den Helden des ganzen Romans zu entlarven. Er liess sich zu einem theilweisen Geständniss herbei, verdächtigte gleichzeitig aber wieder Andere, läugnete in der Folge rundweg alle seine Bübereien.

In der Hauptverhandlung bestritt die Vertheidigung die Zurechnungsfähigkeit des Clienten, drang aber nicht durch, jedoch wurde der K. als nicht reif zum Verbrechen der Majestätsbeleidigung von der betr. Anklage losgezählt und nur wegen Betrug und Verläumdung verurtheilt.

Es kam zu einer Wiederaufnahme des Processes und endlich zur gerichtsärztlichen Exploration. Diese ergab: abnorme geistige Veranlagung, intellectuelle und ethische Verkümmerung, organische, wahrscheinlich erbliche Belastung, Masturbation und in Folge derselben Neurasthenie, abnorm früh und mächtig sich regenden Geschlechtstrieb, ausserdem ein Vitium cordis.

Der Tenor des Gutachtens lautete dahin, dass die Persönlichkeit des Angeklagten eine belastete, ethisch verkümmerte, schwer nervenkranke, geschlechtlich pervers fühlende, in ihrer Phantasie krankhaft erregte sei, dass auf die Begehung der incrim. Handlungen die Vorgänge der Pubertätsentwickelung wesentlichen Einfluss hatten, dass jene psychologisch die blosse Bedeutung eines Zeitvertreibs, einer Befriedigung kindischen Muthwillens und geiler Phantasie hatten und dass dem ethisch defecten 15jährigen K. die klare Einsicht in das Schamlose, Ehrlose, die eigenen und fremden Interessen Verletzende seines Thuns fehlte. Ein erhobenes Facultätsgutachten sprach sich analog und positiv für einen geistig krankhaften Zustand aus. Einstellung des Verfahrens wider K.

Schlangenhausen, Der Fall Hawranek. — Diese Zeitschrift, Bd. 41. S. 390.

Epileptisches Aequivalent. Gutachten von Dr. ***Koster.*** — Irrenfreund No. 10.

Am 3. März 1883 bekam Nachtwächter N., 57 J. alt, als er um 1 Uhr mit der Familie zu Tisch sass, Zittern und Zucken, das sich bald verlor, Nach Tisch verriegelte N. die Stube, in welcher Frau und 2 kleine Kinder waren, sagte mit stockender Stimme zur Frau „du willst mich vergiften, bist mein Unglück", warf sie zu Boden, schnitt ihr mehrmals in den Hals, versuchte sie dann zu würgen. Die Frau that, als ob sie schon todt sei. N. ging fort, zum nahen Portier, sagte „Karl, ich will dir Adieu sagen, dir vorher aber einen Denkzettel für deine Schlechtigkeiten geben. Ohne von einem anwesenden Zeugen Notiz zu nehmen, schlug N. den Portier auf

Digitized by Google

Brust, gab ihm dann einige Stiche, in Folge deren er an Lungenblutung starb. Dann ging N. zur Tochter, die in einem benachbarten Hause diente, sah sie stier an, verlangte ihr Tischmesser und gebot ihr heimzugehen und sich der kleinen Geschwister anzunehmen. „Gehe hin, deine Mutter ist todt, ich habe ihr den Hals abgeschnitten, gehe hin, melde mich der Polizei, ich kann auch selbst hingehen.“ N. ging wirklich hin und motivirte seine That damit, seine Frau und der Portier hätten ihn vergiften wollen“. Dem Commissar schien er an Delirium zu leiden. Er unterschrieb das Protokoll mit zitternder Hand. Im Verhör vom 4. März erzählte er, wie er seine Frau mit Anderen belauscht, dass sie ihn vergiften wolle. Er habe gehört, wenn das Gift wirke, bekomme er Zittern. Dieses sei wirklich Nachts auf den 3. März eingetreten, ebenso am 3. bei Tisch nach (vergiftetem) Schnaps, den ihm die Frau reichte. Da sei er ausser sich gerathen und habe diese und ihren Complicen gezüchtigt. Am 13. April weiss er nur noch traumhaft davon, dass er einmal Händel mit Frau und St. gehabt, sonst nichts mehr.

Schon am 25. Februar hatte N. einen psychischen Ausnahmezustand gehabt. Er war unruhig, ängstlich, zeitweise stuporös (d. h. starrte vor sich hin), sah Geister, Sarg, hatte Todesangst, wollte katholisch werden, äusserte obscöne Hallucinationen, Verfolgungs-, Vergiftungswahn bis zum Tag der That, wiederholte Anfälle von Zittern, Zucken, einmal einen Schlafanfall während einer Conversation.

N. litt an „Kopfkrämpfen“. Seine linke Kopfhälfte ist kleiner als die rechte, die linke Pupille ist enger als die rechte, die Musculatur der rechten Wade und des rechten Oberarms ist schwächer und schlaffer als links. Er war in jungen Jahren dem Trunk ergeben. Eigentliche epileptische Antecedentien fehlten.

Das Gutachten fasst den Fall als epilept. Aequivalent auf. Allerdings seien epilept. Anfälle nicht nachgewiesen, aber die abnorme Schädelbildung, die frühere Trunksucht, die eigenthümlichen Zitteranfälle, die obscönen Hallucinationen u. s. w. sprächen zu Gunsten dieser Annahme.

N. wurde freigesprochen und der Irrenanstalt übergeben.

***Motet*, postepileptisches transitorisches Delirium, vom gerichtsärztl. Standpunkt. — L'encéphale No. 1.**

I. Verstümmelung von Hausthieren.

Am 25. Juli 1882 verendeten 2 Pferde im Stall eines Gutsbesitzers. Die Todesursache war eine gewaltsame Zerreissung des Mastdarms. Als Urheber wurde der 24jährige Arbeiter O. ermittelt. Er ist unbelastet, war früher gesund. Vor 5 Jahren ohrfeigte ihn der Meister. Im Anschluss daran schreckhaftes Delir von mehreren Stunden. O. war dann noch 14 Tage ängstlich, schreckhaft, düster, schweigsam, von Kopfschmerz geplagt. Darauf 3 Jahre Wohlsein bis zum 10. Mai 1882, wo er nach einem Trinkexcess ein mehrstündiges Delir. furiosum bekommt mit Amnesie. Am 28. Mai

Digitized by Google

neuer Anfall im Anschluss an einen convulsiven, noch einer Ende Juni. Seitdem war er verstimmt, arbeitsunlustig. Am 24. Juli ging er, wie schon seit Jahren, um an den Erntearbeiten theilzunehmen, auf das Landgut. Er kommt Abends an, trinkt etwas Branntwein, fühlt sich unwohl beim Schlafengehen, legt sich schlafen, wird am 25. Morgens in tiefem Schlaf betroffen und hat nur eine vage Erinnerung, Nachts, ohne zu wissen warum, im Stall gewesen zu sein, erstaunt, dass sein Arm blutig ist. Er erkennt daraus, dass er unbewusst den Pferden die Verletzung zugefügt haben muss. Nach einem Motiv sucht er vergebens. Anfang September neuer heftiger convulsiver Insult mit folgendem epilept. Delir (grand mal). Die Expertise ermittelte, dass O. mit 11 J. ein schweres Trauma capitis erlitten hatte und nahm an, dass er in einem Zustand von epilept. Irresein impulsiv und seiner selbst nicht bewusst die Pferde verletzt hatte.

Er wurde freigesprochen. In der Folge war er nervös, reizbar, hatte Taed. vitae und endete durch Selbstmord.

II. B., 37 J., Hausmeister, bestens beleumundet, verschwindet im Januar 1881 mit 1200 Frcs. eincassirter Hausmiethe, kehrt nach 14 Tagen zurück und stellt sich als Defraudant selbst dem Gerichte. Im August 1869 hatte er, bei einem Hausbau vom Gerüst gestürzt, eine schwere Kopfverletzung erlitten. In Folge dessen war er 1 Jahr paraplegisch, geistig geschwächt, litt an Vertigoanfällen. In der Folge kamen Zustände, in welchen er bewusst- und planlos fortlief, herumdämmerte, bis er nach einigen Tagen an ganz fremdem Ort erschöpft und ausgehungert zu sich kam.

Seine Defraudation fiel mit einem neuen Anfall zusammen. Er lief in Pantoffeln auf die Bahn, fuhr nach Marseille, Toulon, Lyon, zurück nach Toulon, dann nach Paris, wo er noch 3 Tage herumdämmerte. Da kam er wieder zu sich mit ganz summarischer Erinnerung, trieb sich noch einige Tage, verzweifelt über seine Lage, herum und stellte sich dann dem Gericht. Er wurde freigesprochen.

Marandon de Montyel. **Der Fall Soulas (Verurtheilung eines für geisteskrank erklärten Verbrechers). — L'encéphale No. 2.**

Am 10. Februar 1883 verliess der 25 Jahre alte Schuster S. das elterliche Haus, trieb sich 1 Monat planlos herum, bei Tag in Heuschobern, Nachts stehlend. Mit den Victualien stillte er seinen Hunger. Die Werthgegenstände fanden sich bei der Verhaftung in seinem Schlupfwinkel vor. Ein Motiv für seine Handlungsweise wusste er nicht anzugeben. 3 Aerzte erklärten ihn ohne Weiteres für geistesgesund, 1 anderer für geisteskrank.

S. stammt von gesunden Eltern. Er hatte bisher in guten Verhältnissen gelebt. Schon als Kind litt er an nächtlichem Aufschrecken, schreckhaften Visionen, er war reizbar, jähzornig, gemüthlos, grausam gegen Thiere und Kameraden, Erziehungseinflüssen unzugänglich, früh der Onanie ergeben. Er hatte Anfälle, in welchen er sich motivlos in Kellern, Scheuner Wäldern verkroch, bis man ihn halb verhungert auffand. Intervallär e

Digitized by Google

wickelte er sich geistig gut. Von der Pubertät an wurden die erwähnten Anfälle durch solche ersetzt, in welchen er anfallsweise in benachbarte Städte lief und ein ausschweifendes Leben führte. Seit einem Typhus 1882 hatten sich diese Zustände gehäuft. Der Bruder des Vaters von S. war irrsinnig, eine Base der Mutter Idiot, eine Andere epileptisch-kleptomanisch.

Der erfahrene Experte vermuthete natürlich in diesem Fall Epilepsie. Thatsächlich litt S. seit dem 14. Jahr an vertigoartigen Anfällen mit folgender Benommenheit und allgemeinem Unwohlsein, die seit dem Typhus gehäuft aufgetreten waren. In der Beobachtung constatirte man solche neben einfachen Absencen. Jeweils im Anschluss an solche wurde er deprimirt, düster, und suchte sich zu verstecken. Amnesie bestand nicht für diese Anfälle.

Obwohl die Unzurechnungsfähigkeit anerkannt wurde und der Staatsanwalt von der Anklage zurücktrat, erklärte die Jury S. gleichwohl für schuldig, weil sie sich scheute den zweifelsohne gemeingefährlichen Kranken freigelassen zu sehen und die bezügl. Irrengesetzgebung, betr. Versorgung wegen Geistesstörung Freigesprochener, keine genügenden Garantien bietet!

***Lentz* und *Schrevens*. Ein Fall von Zwangsvorstellungen vor Gericht. — Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique.**

1881 brannte einem Mühlenbesitzer die Mühle ab. Am 29. Jan. 1884 erhielt dieser den Brief eines Anonymus, in welchem in ganz verworrener Weise dieser sich der Brandstiftung beschuldigte, ausserdem behauptete mit Genossen Leute umgebracht zu haben, die aber noch leben und die lächerlichsten Drohungen ausstiess. Als den Schreiber des Briefs erkannte man bald einen gewissen X., der sowohl mit dem Adressaten als den im Brief genannten Personen wiederholt Händel gehabt hatte.

X., ein geachteter, rüstiger Greis von 73 J., hat in jungen Jahren einen Anfall von Melancholia simplex gehabt. Er benahm sich in der Folge sonderbar, wenn er gemüthlich erregt war, machte dann ganz eigenthümliche Gesticulationen, litt seit den letzten Jahren häufig an Nasenbluten, Schwindel, peinlichem Gedankenzwang, schlechtem Schlaf mit lebhaften Träumen. Von jeher war er nervös, leicht erregbar, in Affecten die physiologische Grenze überschreitend, zudem alkoholintolerant.

Zur Zeit, als er den Brief schrieb, war er durch Processangelegenheiten sehr erregt, überreizt, oft deprimirt, klagte sich unwohl, äusserte Todesgedanken, beschäftigte sich, gegen seine sonstige Gewohnheit, viel mit Religion, war geplagt von Grübelgedanken über Fragen der Religion, des Jenseits, die ihn Abends überfielen und ihm den Schlaf raubten. Auch hatte er damals gastrische Beschwerden. Sein Vater starb irrsinnig, ein Bruder war Idiot, ein anderer Bruder starb an einer Hirnkrankheit. Eine

Digitized by Google

Schwester ist hochgradig hysterisch. Mehrere Kinder des X. sind neuropathisch, charakterologisch abnorm, ein Sohn irrsinnig.

Das Gutachten constatirt eine belastete Persönlichkeit, einen psychischen Depressionszustand mit Zwangsvorstellungen, vorwiegend religiöse Skrupel enthaltend, zur Zeit der That.

X. führt sein Briefschreiben auf bezügliche Zwangsvorstellungen zurück, die ihn dazu genöthigt hätten. Er habe den Unsinn eingesehen, aber nicht widerstehen können. Das Gutachten erkennt an, dass der Drohbrief eine Zwangshandlung eines krankhaft gestörten, durch Senium und körperliches Leiden widerstandsunfähigen Menschen war.

Weiss, Fall von Athetose, Päderastie. — Wiener medicin. Presse No. 41.

D., 25 J., aus neurotisch belasteter Familie, geistig schlecht veranlagt, erkrankte vor 7 Jahren an „einer dem Veitstanz nahestehenden, Athetose benannten Krankheit". Seither soll sich sein Geist noch mehr abgestumpft haben. Anomalien des Geschlechtslebens waren nie beobachtet worden. Eines Tages wurde D. wegen Päderastirung eines Knaben verhaftet. Die Exploration constatirte die „Athetose", die Imbecillität und die Unfähigkeit bei der geistigen Schwäche den (möglicherweise krankhaften) Geschlechtstrieb zu beherrschen.

Falk, Ueber einige Anklagen wegen Sittlichkeitsverbrechens. — Diese Zeitschr. Bd. 41. S. 119.

Laehr, Fall von Sittlichkeitsverbrechen vor dem Schwurgericht. — Diese Zeitschr. Bd. 41. S. 120.

Savage, Fall von conträrer Senualempfindung. — Journal of mental science. October.

X., ledig, 28 J., von reizbarem jähzornigen Vater, hat einen geistig abnormen Bruder. Ein anderer ist Trunkenbold und Wüstling. Pat. kam sehr gemüthserregt, mit taed. vitae über seine unnatürliche Existenz zum Arzt, zu dem ihn der Geistliche geschickt hatte. X. ist mittelgross, anämisch, Handlungsreisender, leutscheu, grosser Musikfreund. Mit 11 J. begann er zu masturbiren. Er hatte nie cohabitirt und erklärt, Abneigung gegen Frauen zu haben. Eines Tags fühlte er sich gedrungen, seinen Chef zu umarmen, wogegen dieser unter Androhung der Dienstesentlassung remonstrirte. X. hat nur Neigung zu mittelgrossen Männern. Der Anblick eines sympathischen Mannes macht ihm Erection und bei längerem Zusammensein Ejaculation. Geistig gestört erschien er dem Beobachter nicht, der ihn nur einmal consultativ sah. Verf. hat ein Weib in Bethlem beobachtet, das speciell sehr zu Personen ihres Geschlechts sich hingezogen fühlte. Bei der Section fand sich ein infantiler Uterus,

Digitized by Google

Dr. *Landgraf*, Ein Simulant vor Gericht. — Friedreich's Blätter, Heft 6.

B., geb. 1841, ledig, Eltern Weber, seit dem 12. Jahr Gewohnheitsdieb, wiederholt mit langem Kerker bestraft, wurde eines Tags im 2. Jahr einer 10jährigen Kerkerstrafe blöd, stumm, schloss die Augen, deutete pantomimisch an, dass er Kopfweh habe und in die Krankenabtheilung wolle. In diesem Zustand verbrachte er auf der Krankenabtheilung des Zuchthauses 8 volle Jahre. Zu Zeiten that er wie wenn er Kopfweh habe, ass wochenlang nichts, war dann gewöhnlich schlaflos und spielte Nachts mit Obstkernen, Knöpfen und dergl. Einem Chloroformirungs-Versuch setzte er grossen Widerstand entgegen, war darnach 14 Tage anscheinend gelähmt, liess unter sich, war unrein. Eines Tags war diese Lähmung plötzlich wieder geschwunden.

Anhaltend hielt er die Augen geschlossen und schien auf Gehörseindrücke nicht zu reagiren. Nach abgelaufener Strafzeit in die Gemeinde abgeschoben, erschien er nach wie vor blöd, blind, stumm. Eines Tags entwich er, wurde nach 14 Tagen wieder aufgegriffen, nachdem er eine Reihe von Diebstählen begangen hatte. Die Untersuchung der Augen und Ohren an der Universität ergab normale Verhältnisse, ein Experiment mit der Stimmgabel, die B. zwischen den Zähnen gefasst hörte, nicht aber an die Ohren angelegt, erwies Simulation. Im Gefängniss erschien er psychisch, wie die 8 Jahre früher im Zuchthaus. Niemals fiel er aus der Rolle. Die Gutachten lauteten auf Simulation. In der Hauptverhandlung blieb B. bei der Rolle des Stummen, Blinden, Tauben, Blöden. Die Diebstähle waren raffinirt ausgeführt. Bei Betteleien hatte er sich stumm verhalten und die Augen nur halb geöffnet gehabt.

Die Sachverständigen erwiesen, dass B. Blödsinn nur vortäusche. Verurtheilung zu 10 Jahren. Neuerdings im Zuchthaus that er blöd 10 Wochen lang. Dann machte er die Augen auf, fing an zu arbeiten, blieb aber taub und stumm bis zu seinem nach nicht langer Zeit an allgemeiner Tuberculose erfolgten Tode. Gehirn, Augen, Ohren erwiesen sich vollkommen normal. Der Fall ist in der That, wie Verf. betont, ein psychologisches Räthsel. Dass B. ein Erzsimulant war, ist zweifellos, aber welche psychischen Motive und Zustände mögen ihn zu solcher unerhörter Simulation veranlasst haben?!

***Madigan*, War Guiteau geisteskrank? — The Alienist and Neurologist. April. Juli.**

Verf. geiselt die right and wrong Theorie als Entscheidungsmoment der Zurechnungsfähigkeit, die Polemik des Dr. *Elwell*, des Hauptverfechters der Zurechnungsfähigkeit Guiteau's, indem er mit wissenschaftlichen Thatsachen ihn widerlegt. Man erfährt durch Verf., dass Guiteau's Grossmutter periodische Anfälle von Irrsinn hatte, und die Tochter des Vatersbruders, der Sohn eines weiteren Onkels irrsinnig waren, dass die Mehrzahl der

Digitized by Google

Leute, welche G. näher kannten, nie an seinem Irrsinne gezweifelt hatten, dass, ausgenommen zwei englische, sämmtliche europäische Irrenärzte ihn für geisteskrank hielten. Auch die Behauptung G.'s, er habe auf göttliche Inspiration hin gemordet, der intellectuelle Urheber sei der göttliche Wille, erscheint nach wie vor als Wahnidee, wenn auch G. erklärte, Idee und That mögen in den Augen der Menschen als Wahnsinn erscheinen und er in diesem Sinne sich wahnsinnig nannte und als solchen entschuldigte.

Verf. nimmt sich dann die Mühe, in detaillirtester Weise G.'s Leben und Process in der unpartheilichsten Weise zusammenzustellen und die Hauptmomente kritisch zu beleuchten. Es giebt manches wenig bekannte Detail und liefert ein Bild eines Menschen, aus dem jeder Unbefangene und Sachverständige den Eindruck eines erblich schwer belasteten, schon seit der Jugend immer mehr der Verrücktheit anheimgefallenen Menschen gewinnen muss. Dass das Gehirn G.'s missbildet war und chronisch erkrankt, laut mikroskopischer Untersuchung, ist bekannt.

Verf. fasst sein eigenes Urtheil dahin zusammen, dass G. ein Fall von Paranoia war und seine Inspiration eine Wahnidee, die aus einer Sinnestäuschung entstammte. Mit dieser Annahme ist G.'s Leben und Handeln klargestellt, mit der Annahme seiner geistigen Gesundheit ergaben sich „Schwierigkeiten".

***Bonvecchiato*, Ein skandalöser Process (Guiteau). Semiimbecille, Mattoide und moralisch Irrsinnige. — Venedig. 239 S.**

Der Process Guiteau hat nicht nur die Justiz, sondern auch die Psychiatrie (in Amerika) blosgestellt. Verf. hält mit *Lombroso* G. für einen belasteten, dem Irrsinn nahen Menschen (mattoid), der jedenfalls schon zur Zeit seines Verbrechens ganz verrückt geworden war. Verf. gibt einen klaren, objectiven Abriss von G.'s Lebens- und Krankengeschichte, seinem Process und Tod mit Polemik gegen *Tamassia*, der in G. nur einen Schwachsinnigen leichten Grades zu erkennen vermochte. Verf. wendet sich im 2. Abschnitt seines Werkes zu einer kritischen Besprechung des moralischen Irreseins, mit welchem G. nach den fast übereinstimmenden Erklärungen der Sachverständigen der Vertheidigung behaftet gewesen sei.

Seine Polemik wendet sich gegen die vom Ref., von *Grilli*, *Tamassia* u. A. aufgestellten Ansichten, wobei manche Missverständnisse unterlaufen. Verf. plaidirt dafür, dass das moralische Irresein keine Krankheitsform, sondern nur eine klinische Thatsache sei, die auf Anomalien des affectiven und Trieblebens im concreten Falle sich zurückführen lasse.

***v. Krafft*, Kindesweglegung, Dementia senilis incipiens. — Irrenfreund No. 11 und 12.**

Frau B., 52 J., geistig beschränkt, decrepid, einem Senium praecox verfallen, hat, von Mitteln entblösst, ermattet von stundenlanger Wanderung in Winterskälte das uneheliche, kränkliche Kind ihrer Tochter, das ihr zur

Digitized by Google

Last fiel, in der Nähe eines Bauernhofs weggelegt. Durch einen Zufall wurde das Kind vor dem Tod des Erfrierens gerettet. Seit einem Jahre beginnende Erscheinungen von Dem. senilis. Nur mehr oberflächliches Bewusstsein der Bedeutung der Handlung. Das Gutachten machte geltend, dass die körperlich und geistig erschöpfte und geschwächte Inculpatin, eigentlich selbst versorgungsbedürftig, nur noch in sehr geringem Grade aus dem formellen Bewusstsein der Rechtswidrigkeit der Handlung Motive für die Unterlassung derselben zu gewinnen vermochte.

***Legrand du Saulle*, Gerichtsärztl. Gutachten bei bestrittener Ehe- und Dispositionsfähigkeit. — L'Encéphale No. 3.**

T., 1854 mündig geworden, Curator seiner Mutter von 1857—1874 stiess schon 1864, als er heirathen wollte, bei seiner Familie, die ihn sogar entmündigen lassen wollte, auf Widerstand. Er verwaltete in den folgenden 19 Jahren trefflich sein Vermögen, entschloss sich 1883 neuerdings zum Heirathen. Da erhoben seine nächsten Verwandten und präsumptiven Erben Einsprache auf Grund behaupteter Geisteskrankheit und trugen auf Entmündigung an. T.'s Mutter war irrsinnig. T. selbst hatte 1860, 1864 und 1883 ganz kurze und leichte Anfälle geistiger Störung gehabt. Den gesetzlichen Nachweis der dauernden geistigen Krankheit blieben die Verwandten schuldig. Die Expertise ergab geistige Gesundheit. T. bewirthschaftete nach wie vor mit glänzendem Erfolg sein grosses Landgut. Der Einspruch der Verwandten und ihre Entmündigungsklage wurden abgewiesen. T. verheirathete sich.

***Dieterich*, Zu § 81 der Strafprocessordnung. — Eulenburg's Vierteljahrschr. f. ger. Medicin. Band XL. p. 242.**

Frau R. ist geständig, das Geschäft ihres Mannes eingeäschert zu haben. Sie macht den Eindruck geistiger Störung. Die Exploration ergiebt seit längerer Zeit bestehende Melancholie mit taed. vitae, Angst vor der Zukunft, Ideen, dass das Anwesen ein Unglück für seine Besitzer sei. Aus diesen Ideen entsprang die ganz gleichmüthig ausgeführte Brandstiftung. Das Gutachten betonte die Wahrscheinlichkeit geistiger Störung, enthielt den Antrag behufs Erzielung von Gewissheit, die Inculpatin nach § 81 D. St.-P.-O. auf 6 Wochen in einer Irrenanstalt unterzubringen. Die Strafkammer ging darauf aber nicht ein, da sie von der geistigen Störung zur Zeit der That überzeugt war und stellte das Verfahren ein, worauf der Staatsanwalt die Gemeindebehörde anwies, die gemeingefährliche Irre der Irrenanstalt zu übergeben.

Verf. hebt hervor, wie misslich und unsicher die Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände in Untersuchungshaft ist und wie wohlthätig der § 81, der freilich oft am Kostenpunkt — die Justiz muss die Kosten des Aufenthaltes in der Irrenanstalt während der Dauer der Untersuchung tragen — scheitert.

Digitized by Google

Aus den psychiatr. Bladen. II. (Ref. *Rath.*)

Am 1. October 1884 ist in Holland das revidirte „Gesetz betreffend die Staatsaufsicht über Geisteskranke" in Kraft getreten, von dem die holländischen Irrenärzte im Allgemeinen wenig erbaut sind, wie sie in einer Adresse an die Kammer und in mehrfachen Discussionen an den Tag gelegt haben. Namentlich werfen sie den neuen Verordnungen vor, dass sie das Aufnahmeverfahren erschweren, die Schreibereien mit den richterlichen Behörden vermehren, diesen letztern erweiterte Rechte der Beaufsichtigung und Controle zugestehen, während die Anstaltsärzte durch mehrere Einzelbestimmungen, z. B. der Verpflichtung über alle Beschränkungsmaassregeln Buch zu führen, über jeden Kranken zuerst tägliche, nach 14 Tagen wöchentliche, nach einem Halbjahr mindestens monatliche Notizen zu machen, ein ungerechtfertigtes Misstrauensvotum erhielten.

---

4. Allgemeine Therapie, Aetiologie und allgemeine Pathologie. Referent: Schüle-Illenau.

Allgemeine Therapie.

Dr. *Pütter*, Weidenrinde als Füllung der Bettstellen unsauberer Geisteskranken. — Berl. klin. Wochenschr. No. 47.

Verfasser empfiehlt auf Grund halbjähriger Beobachtung die von den feinsten Weidenruthen abgeschabte Rinde, nachdem solche getrocknet ist, als Unterlage für „Unreinliche". Er rühmt insbesondere die desodorirende Wirkung dieser billigen Bettstellenfüllung. *W. Stark.*

***Adriani*, Die Erziehung als Prophylaxe des Irreseins. — Atti del quarto Congresso.**

Verf. behandelt in seinem Vortrage die Erziehungsfrage nach ihrer prophylaktischen Seite gegen Geisteskrankheit. Der reichhaltige Inhalt (40 pg.) eignet sich nicht zum Auszug. Als bemerkenswerth soll nur angeführt werden, dass Verf. die Unterrichtung der Mütter in hygienischen Grundsätzen verlangt, ferner die sorgfältigste ärztliche Ueberwachung der Schule, und endlich die Errichtung von Special-Instituten für die Erziehung von Prädisponirten, wenn solche in öffentlichen Schulen und im Kreise ihrer Familie nicht mehr bleiben können.

***Putman Stearns*, Betrachtung über die Behandlung Geisteskranker. — Am. Journ. of Ins.**

Verf. beschränkt sich auf die Betrachtung des Moral Treatment, soweit es sich auf die Construction der Asyle, der Beschäftigung für die Kranke

Digitized by Google

den Restraint und die persönliche Freiheit bezieht. Der Vortrag ist vorzugsweise historisch, und bestrebt sich die Anschauungen früherer hervorragender Anstaltsdirectoren seines Landes über die genannten vier Punkte darzulegen und daran die etwaigen Fortschritte aufzuzeigen, welche die practische Psychiatrie der Gegenwart erreicht hat. Bezüglich der Construction der Asyle redet er der separaten Unterbringung der Reconvalescenten das Wort, in der Beschäftigungsfrage ist er für möglichst ausgedehnte Anhaltung der Kranken zur Arbeit, selbst frischer Fälle, und im Punkte des Restraints ist er kein absoluter Gegner, er findet, dass es Fälle gibt, wo ein milder Gebrauch mechanischer Zwangsmittel für kurze Zeit die sicherste und humanste Behandlungsmethode darstellt, wenngleich sein Grundsatz ist dieselben nur als „dernier ressort" anzuwenden. Wieviel oder wie wenig von Zwang man anwenden muss, und wie viel man an persönlicher Freiheit den Insassen eines Asyls gewähren kann, lässt sich nicht in einer absoluten Norm aufstellen, sondern hängt ab von der baulichen Construction des Hospitals, von der Ueberfüllung, von den Hilfsmitteln genügend zu individualisiren und von der persönlichen Qualität des leitenden Arztes.

Everts, **Behandlung Geisteskranker. Americ. Journ. of Ins.**

Besprechung der allgemeinen Grundsätze: Aufnahme in Asyle, moralische, chemische und physische Beschränkung (letzterer spricht Verf. für Fälle, wo Erschöpfung in Folge muskulärer Ueberleistung droht, das Wort); chemische Beruhigungsmittel, unter welchen das Opium voransteht, unter den specifischen Schlafmitteln das Chloral; sorgfältige Instruction des Wartepersonals, genaue individualisirende Ueberwachung der Nahrung, speciell der Küche. Bei allen diesen Hilfsmitteln aber eindringlicher Appell an die Bescheidenheit und die engen Grenzen unsers wirklichen, die Genesung direct beeinflussenden, ärztlichen Könnens.

J. Weiss, **Die Nahrungsverweigerung der Geisteskranken. — Wien. medic. Wochenschr. No. 24 u. 25.**

Gegenüber den bekannten Siemens'schen Ausführungen tritt Verf. für die künstlichen Ernährungen abstinirender Geisteskranker unter gewissen Bedingungen ein. *Weiss* sieht diese Frage als eine Opportunitäts-, nicht Principienfrage an und erwähnt besonders eines Falles von furibunder hallucinatorischer Tobsucht, in welchem nach 10tägiger Abstinenz völlige Erschöpfung eintrat, welche ohne die künstliche Ernährung wahrscheinlich zum Tode geführt hätte.

Als gewöhnliche Procedur wandte er die Einführung eines weichen Gummischlauchs durch die Nase an.

Dr. *Hasse* (Königslutter), Ueber die Beziehungen der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen. — Wiener med. Pr. 49—52.

Verf. unterwirft die Frage nach der Nothwendigkeit der gynäcolog.

Digitized by Google

Behandlung seelengestörter Frauen zunächst auf Grundlage der Statistik einer Besprechung. Er bestreitet dabei nicht, dass Anomalien der Geschlechtsfunctionen und locale Erkrankungen bei einer grossen Anzahl vorkomme, dagegen vermisst er den Nachweis, dass in allen diesen Fällen auch ein Causalzusammenhang zwischen Sexualaffectionen und Psychosen bestanden habe. Scheiden- und Uterin-Catarrhe, Muttermunds-Erosionen kommen ja so unendlich oft auch sonst vor, ohne im Mindesten die Psyche zu beeinflussen. Bei unsern Kranken seien aber in der Regel noch constitutionelle Anomalien (Anämie, Chlorose) vorhanden, so dass die genaue ätiologische Repartirung schwer sei. Und Hauptsache bleibe doch immer die Prädisposition zu psychischer Erkrankung. Wenn somit die Nothwendigkeit der gynäkol. Behandlung in allen Fällen ihm nicht bewiesen erscheint, so lässt er eine solche unter gewissen Indicationen zu; darunter fallen aber nur sehr wenige Fälle. Verf. führt selbst 2 Beobachtungen an, welche er als zweifellose Reflexpsychose auffasst, obwohl die erste, als malariaverdächtig, nicht ganz rein ist. Bezüglich der Technik warnt er vor allem gewaltsamen Untersuchen, d. h. gegen den Willen der Kranken, und gibt überhaupt zu bedenken, welch eine Verletzung des Scham- und Keuschheitsgefühls, namentlich bei unverheiratheten Mädchen mit einer gynäkolog. Manipulation verbunden sei. Er ist sogar geneigt, die nach s. A. zunehmende Verbreitung der Onanie direct auf die durch eine Genital-Untersuchung entstehenden wollüstigen Reize zurückzuführen, Angesichts der eben herrschenden Mode sich sofort einer gynäkologischen Exploration zu unterziehen. Daran anknüpfend bringt er Erfahrungen vor, wie sich bei gewissen Persönlichkeiten gerade daraus ein psychopathischer Zustand manchmal entwickele, und erlässt schliesslich eine „Warnung“ in dieser Hinsicht an allzueifrige Gynäkologen. Diese Warnung stellt er als ein viel berechtigteres Memento hin, als die gegentheilige Forderung gewisser Gynäkologen nach Anstellung eines eigenen specialistisch geschulten resp. gynäkologischen Assistenten an jeder Irrenanstalt. — Der Vorsitzende glaubte die Gynäkologen, welche in der (auf der Magdeburger Naturforscher-Versammlung gehaltenen) Sitzung, wo der vorstehende Vortrag stattfand, nicht anwesend waren, „in mancher Beziehung in Schutz nehmen zu müssen“.

Aetiologie.

Oppenheim, **Ueber einen sich an Kopfverletzungen und allgemeine Körpererschütterungen anschliessenden cerebralen Symptomencomplex. — Berl. kl. Wochenschr. No. 45.**

Das auf vorstehender Aetiologie sich entwickelnde Krankheitsbild biete als subjective Symptome Verstimmung, Angst und Reizbarkeit, als objective mehr oder minder ausgebreitete Herabsetzung der Sensibilität. Die Constanz dieser Erscheinungen, zu denen manchmal noch bedenkliche

Digitized by Google

Innevationsstörungen (Pupillardifferenz, Epilepsie, Paresen) sich hinzugesellten, liesse den etwaigen hysterischen Charakter derselben ausschliessen.

W. Stark.

XIX. Internationaler medic. Congress zu Kopenhagen, Section für Psychiatrie. — Deutsche med. Wochenschr. No. 35.

Kjellberg sprach über den Einfluss der Schulen auf die Entstehung von Geisteskrankheiten und behauptete, dass die geistige Ueberbürdung bei mangelhafter körperlicher Entwicklung den Grund zu eigenartigen Psychosen legen könnte. Solche sollen sich besonders durch Apperceptionsunfähigkeit und das hieraus entspringende Gefühl der Entmuthigung und Angst charakterisiren.

Verf. erkennt der Psychiatrie die Aufgabe zu, die auf Abwege gerathene moderne Erziehung in die richtigen Bahnen zurückzulenken.

W. Stark.

***Schnabel*, Ueber Geistesstörungen nach Augen-Operationen. — Neurolog. Centralbl. No. 11.**

Verf. sah nach 183 Altersstaar-Extractionen 12mal Geistesstörungen auftreten. Da die hierbei beobachteten Symptome denen der Greisen-Psychosen analog waren, glaubt Verf., die Operation habe nur die Gelegenheitsursache zum Ausbruche der Störung abgegeben. *W. Stark.*

***H. Lathrop*, Geistesstörungen in der Entwicklung mit Rücksicht auf die practischen Aerzte. — Detroit Lancet, Juli.**

Verf. beleuchtet den Missstand, dass Geisteskranke vielmals zu spät, erst wenn sie sich oder Anderen gefährlich würden, in die Anstalt kommen. Durch dieses Hinauszögern unter fachunkundiger Behandlung werde einerseits die beste Zeit der Heilbarkeit des Leidens verpasst, andererseits die Gefahr des Selbstmordes begünstigt. An der Hand der ätiologischen Momente, von denen Heredität, Alcoholismus und Epilepsie als die gewöhnlichsten (ein Drittel aller Fälle) bezeichnet werden, belegt Verf. seine Behauptungen mit einzelnen, einschlägigen Krankheitsskizzen. Zum Schlusse betont er, dass die Umständlichkeit der Aufnahmsbedingungen für Irrenanstalten in einzelnen Staaten die Aufnahme selbst erschwerten.

W. Stark.

***M. Charpenter*, Die Bedeutung des Berufs in der Entwicklung der Geistesstörung. — Annales médico-psycholog, März.**

Verf. bildet 4 Gruppen, unter welche die Schädlichkeiten des Berufslebens subsummirt werden, die den Ausbruch von Geistesstörungen begünstigen.

Er bespricht:

1) Den Einfluss giftiger Stoffe bei der Berufsarbeit und citirt nament-

Digitized by Google

lich: Blei, Arsen, Phosphor, Alcohol, Schwefel, Kohlenoxydgas, Indigo, Anilin, Nitrobenzin.

2) „Physikalische" Ursachen, als da sind: Kälte, Hitze, Feuchtigkeit, jähe Temperaturschwankungen.

3) Specielle körperliche Erkrankungen der Respirations-, Circulations-, Digestionsorgane und der Genitalsphäre, sofern solche durch den Beruf veranlasst werden und mittelbar zu Psychosen disponiren.

4) Durch die Beschäftigung hervorgerufene allgemeine, constitutionelle Leiden, in Folge derer gleichzeitig das Gehirn mangelhaft ernährt wird.

Zum Schlusse werden noch nachtheilige Kopfhaltung, Kopfverletzungen, Unregelmässigkeiten im Essen, ungenügender Schlaf, Ueberbürdung als prädisponirende Momente zu Geistesstörungen aufgeführt. *W. Stark.*

***E. Quinquaud*, Ueber einige nervöse Störungen nach Pocken. — L'Encéphale No. 1.**

Verf. gelangt auf Grund von 12 diesbezüglichen Krankengeschichten, theils eigener, theils fremder Beobachtung, zu folgenden Resultaten:

1) Im Verlauf von Variola trifft man nicht so selten (5—10 : 100) — und zwar meist bald vorübergehend (als Fieberwirkungen) — Gesichts- und Gehörstäuschungen, sowie psychische Depressionszustände.

2) Es können Anästhesien und Hyperästhesien auftreten mit oder ohne Bewegungsstörungen. Dieselben schwinden gewöhnlich langsam und nicht immer vollkommen.

3) Mit vorwiegender Heiltendenz zeigen sich nach vorausgegangener Geistesstörung atactische Phänomene: Sprachstörung, Kopfzittern, Coordinationsstörungen der Extremitäten.

4) In einem Falle fand sich bei der histologischen Untersuchung eines Hautnerven eine parenchymatöse Neuritis, bestehend in einer körnigen Degeneration der Marksubstanz. *W. Stark.*

***Bartol. Bergesio*, Ein Fall von Parkinson'scher Krankheit mit Geistesstörung. — Arch. ital. XXV.**

Casuistischer Beitrag zur Frage über die im Gefolge von Paralysis agitans auftretenden Geistesstörungen. Die letztere bestand in diesem Fall in Melancholie mit schreckhaften Hallucinationen; der Tod erfolgte apoplectisch. Heredität nachgewiesen.

***Cullerre*, Aetiologische Studien über die psychische Degenerescenz etc. — Annales médico psychologiques, November.**

Verf. stellt die Thatsache fest, dass der Bezirk Bocage verhältnissmässig mehr Geisteskranke hat, als andere Bezirke, deren Geisteskranke ebenfalls seiner Anstalt zugeführt werden. Auffallend erscheint die weite Verbreitung der psychischen Degenerescenz im Bocage. Die wichtigste Ur-

Digitized by Google

sache sieht Verf. in dem nahen Zusammenheirathen einer wenig beweglichen Bevölkerung von schlechten Ernährungs- und Wohnungsverhältnissen. Das Détail dieser Untersuchungen eignet sich nicht zu einem kurzen Referat.

Allgemeine Pathologie.

Siemens, **Einiges über combinirte Psychosen. — Neurolog. Centralblatt No. 10.**

Verf. resumirt seine Ansicht dahin: Melancholie, Manie und Verrücktheit, sind Symptomencomplexe, welche

A. als selbstständige functionelle Neurosen des Centralorgans entstehen und für sich weiter bestehen können, welche

B. im Verlaufe eines andern, uns bekannten Krankheitsvorganges im Gehirn, also auf pathologisch verändertem, präparirten Boden sich entwickeln und diesem Leiden sich zugesellen können.

Von den reinen Formen (A) können nur Melancholie und Manie in einander übergehen, während häufig Combinationen und abnorme Uebergänge beobachtet werden, wenn diese functionellen Psychosen sich einer bestehenden organischen Gehirnstörung zugesellen oder wenn sie auf dem Boden einer auf irgendwelcher sonstigen Körperkrankheit beruhenden krankhaften Disposition des Gehirns entstehen.

Von den hier in Betracht kommenden organischen Störungen des Gehirns erwähnt der Verfasser:

1. Die Entwicklungsstörungen, 2. Trauma des Gehirns, Gehirnembolien, Blutungen, Parasiten, Tumoren, Sklerosen, Abscesse etc., 3. Körperkrankheiten, welche das Gehirn afficiren, 4. die schweren Neurosen, 5. gewisse, das Gehirn afficirende Körperzustände, wie Menstruation etc., besonders Climacterium, 6. die gestörte Involution des Gehirns, die senile Seelenstörung und Dementia paralytica.

Schliesslich wird noch auf die diagnostische und prognostische Bedeutung dieser Verhältnisse aufmerksam gemacht. Eine combinirte Psychose oder ein abnormer Uebergang erweckt den Verdacht, dass irgend einer der — oben angedeuteten — pathologischen Grundzustände im Gehirn vorwaltet.

Leidesdorf, **Ueber psychische Störungen im Kindesalter. — Wien. med. Wochenschrift No. 26 u. 27.**

Leidesdorf spricht den Erfahrungssatz aus, dass wirklich andauernde Geisteskrankheiten, wie sie bei Erwachsenen vorkommen, bei Kindern zu den Seltenheiten gehören, dass aber einzelne Elemente psychischer Krankheit mit rudimentärem transitorischem Charakter häufig beobachtet werden. Als solche Elemente sind zu betrachten gewisse kurzdauernde Depressions- und Exaltationszustände, Angstanfälle, Hallucinationen und Zwangsvor-

Digitized by Google

stellungen. Ursache ist meist erbliche Veranlagung, Blutverluste, vorausgegangene schwere Erkrankungen etc. Diese Sätze werden an einzelnen Beobachtungen näher erörtert, wobei der Verf. unter Anderm auch die Bemerkung macht, dass diese vorübergehenden Elemente psychischer Störung, welche in der frühesten Kindheit auftreten, oft das ganze Leben hindurch mit wechselnder Intensität fortbestehen können (Zwangsvorstellungen).

Schliesslich macht *Leidesdorf* noch einige Bemerkungen über die Moral insanity und über das Vorkommen der Dementia paralytica bei Kindern. Er selbst hat einen Fall von Dementia paralytica bei einem 16jährigen Mädchen beobachtet.

***J. Morel*, Eintheilungsversuch der Geistesstörungen. — Bulletin de la société de médecine ment. de Belgique 1883, Heft 4.**

Verfasser bespricht die einzelnen bekannten Eintheilungsversuche der Geistesstörungen und gelangt schliesslich zu folgender, nach den Principien von *Guislain* entworfener Eintheilung:

I. Phrénalgie: syn. Mélancolie.
   A. Phrénalgies spéciales ou simples.
   B. - composées.
II. Phrénoplexie: syn. Extase.
III. Hyperphrénie: syn. Manie.
   A. Formes spéciales.
   B. Formes complexes.
IV. Paraphrénies: syn. Folie impulsive.
V. Idéophrénies: syn. Délire.
   A. Idéophrénie générale.
   B. Idéophrénies spéciales.
VI. Aphrénies: syn. Démence.
   A. Aphrénie franche: syn. Démence franche.
   B. Aphrénie composée: syn. Démence composée.
   C. Démence paralytique.
   D. Stupidité: syn. Melancholia attonita des anciens.
   E. Imbécillité.
   F. Idiotie.
VII. Cérébropathies phréniques.

***E. Chambard*, Eine neuropathische Familie. — Annales médico-psycholog. März.**

Verfasser stellt übersichtlich die Glieder einer neuropathisch veranlagten Familie zusammen, unter denen die gutartigsten Formen, wie Somnambulismus gewisse charakterologische Eigenthümlichkeiten, bis zu den schwersten, wie Melancholie und Epilepsie vertreten sind. Einen Descendenten, der alternirend an Geistesstörung und Prurigo leidet, hebt Ver-

Digitized by Google

fasser besonders hervor, weil er glaubt, dass in diesem Falle die Hauterkrankung auf eine tiefe Ernährungsstörung hindeute und wohl als erstes Zeichen für die physische Degenerescenz gelten könne, der die ganze Familie entgegengehe. *W. Stark.*

Dr. *Millet*, Schwindel bei Geisteskranken (Suite et fin). — Annales médico-psychologiques. März.

Von 11 Epileptischen, die mit Schwindelanfällen behaftet waren, beschreibt Verfasser 3 genauer. Es kommen hier zahlreiche Abstufungen vor, so zwar, dass die intensiveren Schwindelanfälle manchmal schwer von wirklich epileptischen Attaquen zu unterscheiden sind. Gewöhnlich werden zu jenen alle Insulte gerechnet, die sich nicht mit allgemeinen Convulsionen combiniren und denen weder Coma noch Schlaf folgt.

Die epileptischen Betäubungen können eintreten ohne Vor- oder Nachläufer. Manchmal aber kündet sie eine Hallucination, und zwar im gleichen Falle stets dieselbe, an, oder es schliesst sich daran ein Zustand von Benommenheit, in welchem selbst Gewaltacte begangen werden, ohne dass hierüber nachher eine Erinnerung persistirt.

Unter der Rubrik Schwindelanfälle bei Dementen figuriren 6 Fälle, von denen 2 eingehender geschildert werden. Bei paralytischer Demenz soll fragliches Symptom selten, bei alkoholistischer häufig, bei seniler kurz dauernd, bei apoplectischer heftiger sein. Nach allgemeinen Betrachtungen, besonders über die diagnostische und prognostische Verwerthbarkeit der Schwindelanfälle gelangt Verfasser zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Im Verlaufe von Geistesstörungen kommen Schwindelanfälle oft vor.

2) Am seltensten sind sie bei den maniakalischen Formen, häufiger bei den melancholischen, besonders bei den mit Angstparoxysmen oder Verfolgungswahn complicirten; ganz gewöhnlich sind sie bei Alkoholismus, beginnender allgemeiner Paralyse, Schwachsinn auf seniler oder apoplectischer Grundlage, Epilepsie.

3) Die Schwindelanfälle sind von verschiedenem Grade und Dauer, ansteigend von der leichtesten Betäubung bis zu convulsivischen und apoplectiformen Attaquen.

4) Sie werden oft begleitet von partiellen Zuckungen, von Delirien, Hallucinationen, perversen und Gewaltacten.

5) Bei den epileptischen Formen ist gewöhnlich Bewusstlosigkeit und Amnesie vorhanden, bei anderen können sie fehlen.

6) Schwindelanfälle sind viel häufiger bei Männern wie bei Frauen.

7) Sie scheinen veranlasst durch einen allgemeinen oder partiellen, directen oder reflectorischen Congestivzustand der nervösen Centralorgane.

8) Sie werden am besten behandelt mittelst Abführ- und Ableitungsmittel, Enthaltsamkeit bei Alkoholismus, Brompräparate bei Epileptischen.

9) Individuen, die unter dem Einflusse von Schwindelanfällen handeln, müssen im Allgemeinen für unzurechnungsfähig gelten. *W. Stark.*

Digitized by Google

Dr. *Hallopeau*, Hallucinationen. — L'Encéphale No. 11.

Als ursächliche Momente werden angegeben: Fieber, Alkoholismus, Missbrauch von Narcoticis, Schwächezustände, Wochenbett, Hysterie, Chorea, Epilepsie, Verrücktheit. Klinisch unterscheidet Verfasser (nach *Baillarger*) psycho-sensorielle und rein psychische Hallucinationen. Letztere umfassen die sogenannten „inneren Stimmen".

Von ersteren erscheinen am häufigsten und hartnäckigsten die des Gehörs. Sie werden wahrgenommen als Geräusche oder Stimmen. Diese sind zuerst verworren, dann deutlich, zuletzt personificirt, ein- oder mehrfach.

Die Gesichtstäuschungen stehen im Zusammenhang mit Wahnideen (Visionen), bleiben sich gleich, haben geringere Persistenzfähigkeit. Seltener kommen Geruchstäuschungen vor, gewöhnlich mit den vorgenannten, sowie mit Geschmacksalterationen combinirt. Die Gefühlshallucinationen, welche in der Genitalsphäre eine grosse Rolle spielen, sind theils schmerz-, theils wahnhaft.

Bezüglich der „Physiologie" fraglichen Symptoms gelangt Verfasser nach einer historischen Revue über die verschiedenen Theorien hinsichtlich der Entstehungsweise der Hallucinationen zu folgendem positivem Schlussergebnisse:

Der Einfluss sensorieller Reize auf die Erzeugung von Hallucinationen wird bewiesen durch klinische Thatsachen. Am deutlichsten ist dies ersichtlich bei Fällen, in denen die Sinnestäuschung schwindet nach Beseitigung der Reizwirkung, wie dies bei den verschiedensten peripheren Affectionen der Sinnesorgane beobachtet wurde.

Nur die „psychischen" Hallucinationen entbehren eines solchen subcorticalen Ursprungs. *W. Stark.*

***Hughes*, Definition der Geistesstörung. — The Alienist and Neur. Oct.**

Verf. findet das Charakteristische der Seelenstörung „in krankhaften Conceptionen oder Perceptionen subjectiven Ursprungs, welche eine Umänderung des Charakters des Individuums veranlassen, sofern man diesen mit sich (d. h. mit dem des Vorlebens), oder mit dem Normaltypus (normal ancestral type) vergleicht".

***Bourneville* et *Séglas*, Wiederkauen. — Recherches cliniques de l'Epilepsie etc. p. 86.**

Eine vollständige und höchst interessante Monographie über das bei Gesunden und Kranken nicht ganz seltene Symptom des „Wiederkauens". Die Verf. definiren den Vorgang als darin bestehend, dass länger oder kürzer nach einer Mahlzeit die Speisen wieder in den Mund heraufsteigen, ohne Gewalt (sans effort) und fast immer ohne Uebligkeit, und einer mehrmaligen Kauung, Einspeichelung und Verdauung unterzogen werden. Die Arbeit behandelt das Thema nach allen Seiten: vergleichend anatomisch physiologisch, pathologisch-anatomisch und klinisch. Für uns hier ir

Digitized by Google

essirt nur soviel, dass die Rumination auch bei Geisteskranken vorkommt, und zwar bei Hysterischen, Epileptischen und namentlich Idioten, unter letzteren traf Verf. das genannte Symptom 5 mal, bei den ersteren 3 mal unter 671 Kranken. Das Wiederkauen kann aber auch bei ganz Gesunden vorkommen, vorübergehend, aber auch durch das ganze Leben dauernd; manchmal wirkt eine intercurrente Krankheit kritisch, in einzelnen Fällen brachte der erste Coitus dieselbe hemmende Wirkung hervor. Aetiologisch spielen Heredität und Imitation ein grosse Rolle; occasionell Magendilatation und Dyspepsie. Nosologisch ist die Rumination übrigens als eine Neurose der Digestionsorgane zu betrachten. Physiologisch liegt eine gesteigerte Magenperistaltik neben Contraction der Longitudinalfasern des Oesophagus dem Phänomen zu Grunde. Zum Zustandekommen derselben ist der Einfluss der Zähne sehr wichtig, insofern ein gefrässiges Hinabschlingen der Speisen ohne rechte Zerkleinerung derselben eine fast nie fehlende Grundbedingung ist. Gesteigerte Einnahme von Flüssigkeiten wirkt gleichfalls begünstigend. Manchmal geschieht der ruminirende Actus sofort nach dem Essen, anderemale später; oft regurgitirt Alles, anderemale nur Flüssigkeiten, in wieder anderen Fällen nur bestimmte Ingesta. Fast ausnahmslos empfinden die Kranken den ganzen Hergang mit Wohlbehagen (darin und überhaupt im ganzen sanften Modus der Hinaufbewegung der Speisen liegt eine wesentliche diagnostische Differenz gegenüber dem „Erbrechen", welches ein Krampfact ist). Die Prognose ist gut, selbst bei lebenslänglicher Dauer des krankhaften Symptoms; die Körperernährung leidet nicht Noth und der Kranke leidet subjectiv meist nicht darunter. Wichtig ist dabei, ob die Rumination mit Dyspepsie verbunden ist oder nicht; im ersteren Fall ist die Prognose weniger gut. Bezüglich der Therapie sind die Fälle, in welchen der Wille mitspielt, zu trennen von den unwillkürlichen Ruminationen. Dort ist die Ablenkung der Aufmerksamkeit sehr wichtig, manchmal ist dazu die Erzeugung irgend eines körperlichen Schmerzes nöthig. Hier (bei der unwillkürlichen Form) empfiehlt es sich langsam zu essen und die Speisen gut zu kauen. Sodann ist sorgfältige Auswahl der Speisen und namentlich Vermeidung von Gemüsen und grossen Mengen von Flüssigkeiten wichtig. Absolute Ruhe, aufrechte Haltung sind gleichfalls sehr zuträglich. Von specifischen Arzneimitteln haben Tonica und Purgantien gute Erfolge zu verzeichnen, ebenso Nux vomica und Eisstückchen. Bei lange schon dauernder Rumination muss man mit der Unterdrückung vorsichtig sein, da wiederholt schon nachher schwere Krankheiten folgten.

***Ira Russel*, Das Grenzgebiet der Geistesstörung. — The Alienist and Neurolog., Juli.**

Verf. bringt eine Casuistik von kurz referirten, aber zum Theil interessanten Fällen, wie sie bekanntermeise dieses Grenzgebiet bevölkern: von Moral insanity leichten Grades, Zwangsgedanken, Berührungsfurcht, Hysterie etc. — ohne übrigens bis zu allgemeinen diagnostischen Gesichtspunkten vorzudringen.

Digitized by Google

Wiglesworth and Bickerton, Ueber Augenhintergrundbefunde bei Geisteskranken. — Brain., Juli.

In dieser Fortsetzung der bereits theilweise referirten Arbeit behandeln die Verf. die Augenspiegelbefunde in der allgemeinen Paralyse, im Stupor, in der Melancholie, Manie und der Epilepsie. Dieser besonders interessante Theil der Arbeit ist auch mit einigen hübschen Illustrationen aus mikroskopischen Präparaten von Sehnerven von Paralytikern geziert. Wir referiren die Befunde gleichzeitig mit den allgemeinen Schlussergebnissen der Verf.

1) In den Psychosen (ausschliesslich der Paralyse) werden Veränderungen des Augenhintergrundes nur in einer kleinen Zahl von Fällen gefunden; ein Zusammenhang zwischen jenen und dem Geisteszustande des Kranken lässt sich nicht feststellen.

2) Auch in der Mehrzahl der Paralyse-Fälle zeigt sich der Augenhintergrund gesund.

3) In der Minderzahl der Fälle finden sich klare und bestimmte Veränderungen.

4) Die letzteren zerfallen in 2 Klassen, die eine tendirt nach einer leichten Neuritis, die andere nach der Atrophie. In der ersten zeigt sich die Affection in einer Röthung der Papillen, Verschwommenheit der Randconturen, so dass diese schwer oder gar nicht mehr zu erkennen sind; diese ophthalmoskopischen Zeichen gehen, sofern der Kranke lange genug lebt, langsam in die der Atrophie über. Manchmal ist aber auch die Atrophie der Papillen primär; Blindheit ist deren Folge.

5) Die pathologische Grundlage der Neuritis ist bindegewebige Wucherung des Interstitialgewebes; die Neuroglia war hypertrophisch und zugleich vermehrt, und führt so zum Druckschwund der Nervenelemente. Bei der primären Atrophie findet der umgekehrte Vorgang statt.

6) In einer grossen Zahl von Fällen von begleitender Papillenatrophie finden sich klinisch die Symptome von Sclerosis spinalis posterior oder lateralis, jedoch keineswegs regelmässig.

Giovanni Algeri, Die Geistesstörungen im Zusammenhang mit der Menstruation. — Arch. ital., Sept.

Verf. hat die obige Frage an den Kranken eines Trienniums in Reggio-Emilia studirt und kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Der Gang der Menstruation ist in den Geisteskrankheiten sehr häufig unregelmässig;

2) diese Unregelmässigkeit zeigt sich hauptsächlich in der Melancholie und Manie; geringer in der Dementia;

3) es besteht ein genügend deutlicher Zusammenhang zwischen Aufregungsperioden und der Menstruationszeit;

4) am stärksten ausgeprägt ist diese Beziehung in den periodischen Psychosen;

Digitized by Google

5) Im Allgemeinen besteht während der Menstruation eine Verschlimmerung der psychopathischen Symptome.

Soury, **Die Pathologie in der Geschichte. (Die Familie des Augustus.) — The Alien. and Neur., April.**

Enthält eine ausserordentlich interessante anthropologische Studie über die Degenerescenz in der Familie des Kaisers Augustus und des Claudius.

Newington, **Unrichtige Prognose. — Journ. of ment. sc., Juli.**

Es ist erst der Anfang einer grössern Arbeit, welche den Vorsichtsmaassregeln, den Täuschungsquellen, und im weitern einer an vielen Beispielen erläuterten, möglichst sicher fundirten Prognose gewidmet ist. Obwohl dieser erste Artikel viel Bekanntes und in praxi Geübtes enthält, so liest man doch die sorgsamen, von reicher Erfahrung und scharfer Kritik getragenen Ausführungen des Verf.'s mit grossem Interesse. Verf. behandelt im vorliegenden Abschnitte 1) die hereditäre Prädisposition, auf deren möglichst genaue anamnestische Erhebung er behufs einer sichern Prognose grosses Gewicht legt; sodann 2) die Temperamentseigenschaften, Neigungen und Gewohnheiten des Kranken vor der Erkrankung, als zweiten sehr wichtigen Factor; 3) die ev. vorausgegangenen Anfälle von Psychosen oder von einer schweren körperlichen Krankheit, wobei aber auch die Ursachen der Anfälle so genau als möglich zu eruiren sind; 4) die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme des Patienten; wobei namentlich die Prodrome von den Symptomen des eigentlichen Krankheitsbeginnes möglichst genau gesondert werden sollen, und die Ergebnisse des Status praesens mit der Anamnese des jeweiligen Falles möglichst scharf zu vergleichen sind. Verf. erläutert dies sehr instructiv an einem Falle von anscheinender Paralyse, in welcher die motorischen Symptome sich von lange früher her datirten und der Grössenwahn sich nur als die Steigerung der lange zuvor bestandenen psychischen Constitution des Erkrankten erwies.

Fortsetzung wird folgen.

B. Chapin, **Ueber Zurechnungsfähigkeit in gewissen Stadien des Typhus. — Americ. Journ. of Ins., Oct.**

Auf Grundlage von forensen Erfahrungen, wo auf der Höhe des Typhus-Processes gemachte Testamente später als rechtsungültig angefochten wurden, räth Verf. derartige Rechtshandlungen im Typhus als kranke zu behandeln und bei Seite zu schieben, ähnlich wie es auch im halbbewussten Zustande des Somnambulismus, der Trunkenheit und des Narcotismus geschieht.

Seppilli, **Untersuchungen über das Blut Geisteskranker. — Riv. sperim. I u. II.**

Verf. gibt ein Resumé seiner Blutuntersuchungen, welche ursprünglich nur dem pellagrösen Irresein gewidmet waren, nach und nach aber

Digitized by Google

auch auf die andern Psychosen ausgedehnt wurden. Verf. bemühte sich 1) den Reichthum des Blutes an Blutkörperchen festzustellen und 2) den Reichthum an Hämoglobulin. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind:

1) In den ersten Stadien des Irreseins findet man sehr häufig eine Verarmung (Scarsezza) sowohl der rothen Blutkörper als des Hämoglobulins.

2) Beide Verhältnisse wechseln in verschiedenen Grenzen je nach der Form der psychischen Krankheit.

3) Häufiger und auch viel intensiver trifft das geschilderte Verhalten für die Frauen als für die Männer zu.

4) Am meisten findet sich dasselbe entwickelt beim pellagrösen Irresein. Von den andern Formen reihen sich nächst diesem die depressiven Psychopathien ein. In den Exaltationsformen verhält sich die Menge der rothen Blutkörper und des Hämoglobulins wie unter physiologischen Bedingungen.

5) Man kann viel häufiger die Verarmung an Hämoglobulin im Blut der Irren nachweisen, als die Hypoglobulie.

Mercier, Vorkommnisse bei Geistesstörung. Oct. — Journ. of ment. sc.

Verf. bespricht in dieser Fortsetzung die Bedeutung 1) der Athemverrichtungen in der Nosologie des Irreseins. Er lenkt namentlich die Aufmerksamkeit auf die schleichende Entwickelung von Pneumonien bei Geisteskranken, ja er möchte sogar anrathen, dass man, um sicher zu gehen und Nichts zu übersehen, diese Unterstellung pure bei Jedem Neu-Eintretenden machte. Namentlich bei alten Pat.; junge dagegen, namentlich Demente haben eine besondere Affinität zur Tuberculose. 2) der Nieren- und Verdauungsorgane. Hier wird zuerst auf den manchmal bei Irren sich entwickelnden Morb. Bright. hingewiesen. Sodann bespricht Verf. die namentlich bei Melancholikern so sehr häufige Verstopfung, auf deren methodische Beseitigung er für die Gesammtcur grosses Gewicht legt. Verstopfung ist oft das einzige zuverlässige Symptom bei tuberculöser Meningitis. Schliesslich werden noch 3) die mit geistigen Gehirnleiden sehr häufig zusammen vorkommenden Hautveränderungen hervorgehoben, speciell die Aenderungen der Haare (Ergrauen, Trocken- und Brüchigwerden etc.).

Rutherford Macphail, Klinische Beobachtungen über das Blut Geisteskranker. — Journ. of ment. sc.

Verf. hat für seine Untersuchungen eine Reihe von Betrachtpunkten aufgestellt, von denen er im vorliegenden Artikel die ersten drei abhandelte. Dieselben behandeln die Fragen: 1) welches ist der Gehalt an Hämoglobin und von rothen und weissen Blutkörpern bei Gesunden? 2) bei chronischen Geisteskranken? und 3) ist das Blut verschlechtert, speciell in der Paralyse und in der Epilepsie? Verf. antwortet hierauf:

Digitized by Google

1) Der Procentsatz von Hämoglobin ist bei Dementen und chronisch-manischen beträchtlich unter dem Normalstand, und ist durch das Alter der Patienten nicht beeinflusst;

2) der Procentsatz der Hämocyten ist gleicherweise vermindert, und diese Reduction geht parallel dem Alter des Individuums;

3) das Verhältniss der weissen zu den rothen Körperchen ist normal.

4) Das Blut ist verarmt an Hämoblasten.

5) Bei den Kranken über 30 Jahren nimmt das Gewicht ab, aber diese Gewichtsabnahme hat scheinbar keinen Einfluss auf das relative Verhältniss zwischen dem Hämoglobin und den Hämocyten;

6) die Jahreszeit hat keinen Einfluss auf die absoluten Proportionsverhältnisse unter den einzelnen Blutbestandtheilen.

Psychiatrischer Unterricht. — Psych. Bladen. II. Lfg. 3. Ref. *Rath.*

Professor *Donders* in Utrecht, Ehrenmitglied des niederländischen Vereins für Psychiatrie, sprach in der Sitzung des genannten Vereins am am 19. Juni 1884 über die Einrichtung eines in Holland bislang noch fehlenden Universitäts-Unterrichts in der Psychiatrie und brachte folgende Thesen zur Annahme:

1) Der psychiatrische Unterricht, als Theil des Universitäts-Unterrichts, ist von allgemeinem Interesse.

2) Der psychiatrische Unterricht bezweckt a) unseren Aerzten soviel Kenntniss der psychischen Störungen zu verschaffen, als von ihnen verlangt werden kann und darf, b) specielle Psychiater vorzubereiten.

3) Zu diesem Zwecke muss der psychiatrische Unterricht vornehmlich practisch-klinisch sein, mit ausgiebiger Gelegenheit zur Beobachtung frisch Erkrankter.

4) Wenn der psychiatrische Unterricht nicht an den Director oder einen Arzt einer Anstalt übertragen werden kann, so muss ein ausserordentlicher, unbesoldeter Arzt angestellt werden, administrativ dem Director unterstellt, aber selbständig auf dem Gebiet des Unterrichts.

5) Finden sich die nöthigen Kenntnisse und Arbeitskraft in einer Person vereinigt, so ist Vereinigung des Unterrichts in Psychiatrie und Nervenkrankheiten in mehrfacher Hinsicht zu empfehlen.

6) Der Unterricht muss einem verhältnissmässig jugendlichen Psychiater anvertraut werden, der sich durch tüchtige Studien ausgezeichnet hat.

Digitized by Google

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Liebman, Victor, Stud. med., Zur pathologischen Histologie der Hirnrinde bei Irren. — Jahrbücher für Psychiatrie, Bd. V., Hft. 3, pag. 230 ff.

L. untersuchte vor Allem Gehirne von an Dementia paralytica Verstorbenen und bezeichnet als constantesten Befund die hyaline Degeneration der Nervenzellen. Ebenso constant ist die hyaline Degeneration der Gefässe, sowohl der Capillaren als der Venen und Arterien. Nach *L.* ist die Dementia paralytica eine diffuse Encephalitis der Rinde mit Ausgang in hyaline Degeneration. Bei einer unter den Erscheinungen von Hirndruck gestorbenen Frau fand *L.* im Linsenkern, Thalamus, Corpus striatum, inneren und äusseren Kapsel und einem grossen Theile des Balkens das ganze Gewebe durch verschieden gestaltete Kernformationen und hyaline Gebilde durchsetzt; er bezeichnet diesen Process als diffuse Entzündung mit hyaliner Degeneration.

Bei einem an Epilepsie gestorbenen 18jährigen Manne fand er am Gehirn ausser der Sklerose eines Ammonshornes eine ausgesprochene fettige Degeneration sämmtlicher Gefässe mit häufigen hyalinen Thromben; nicht minder häufig stiess er auf „mächtig hyalin degenerirte Nervenzellen" und im Mark auf Umwandlungen der Neurogliagrundsubstanz zu hyalinen Schollen.

Rosenbach, P., Ueber das Verhalten des Nervensystems im Hungerzustande. — ***Erlenmeyer's*** Centralblatt für Psych. No. 15.

Im Rückenmark zeigten sich an den Nervenzellen trübe Schwellung, später Schrumpfung, Atrophie der Fortsätze, Vacuolisation und schliesslich Zerfall. Andere Zellen wurden blass, structurlos, glasartig, verloren die Fortsätze, zeigten theilweise noch Kerne, theilweise kleine Körnchen, theilweise sahen sie aus wie Schollen. Die Capillaren waren überfüllt, ihre Endothelien fettig entartet; um sie herum fanden sich Ansammlungen von Colloidmassen. In der weissen Substanz erschien die Neuroglia verschwommen.

In der Hirnrinde fand sich dieselbe Veränderung, jedoch weniger ausgebreitet.

Die Zellen der Spinalganglien waren vacuolisirt, das Protoplasma durchsichtig.

Mendel, E., Ueber die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren. — Neurolog. Centralblatt No. 21.

In denjenigen Fällen, welche nach einem kürzeren Verlaufe zum Tode führen, sind deutlich nachweisbare Veränderungen der Zellen nicht vor-

Digitized by Google

handen. In Fällen, die nach längerem Bestehen und nach Entwickelung hochgradiger Dementia und starker Lähmungserscheinungen endigten, fand *M.:*

1) Erweiterung der pericellulären Räume und Anfüllung derselben mit einer gelblichen, durch Carmin sich nicht oder nur unerheblich färbenden Masse.

2) Fettig pigmentöse Veränderungen des Protoplasmas.

3) Sklerose und Atrophie der Zellen mit Verlust des feinkörnigen Inhalts der letzteren.

4) Veränderungen der Kerne, welche in Vergrösserung, Umlagerung, Verlust des Inhalts und Schwund bestehen.

***Witkowski,* Ueber die Neuroglia. — Vortrag gehalten in Freiburg i. B. im September 1883.**

W. betont nochmals die nervöse Natur der Neuroglia und wendet sich nicht nur gegen die Ansicht *Gierke's*, der alles „Körnige" auf Zelleninhalt zurückführen wolle, sondern auch gegen *Ranvier*, der die ganze „feinkörnige" Substanz aus dem Zerfall markhaltiger Nervenfasern hervorgehen lasse und den Spinnenzellen einen gemeinsamen Ursprung mit den Nervenzellen aus dem „Neuroepithel" zuschreibe. *W.* tritt der Ansicht *Mendel's* bei, dass bei der chronischen Encephalitis die Erkrankung und speciell die Neubildung von Spinnenzellen im engsten Anschlusse an die Gefässwände, specieller die Adventitialzellen, fortschreite.

***Hebold, Otto,* Dr., Casuistische Mittheilungen aus der Rhein. Prov.-Irrenanstalt zu Andernach. — Archiv f. Psychiatrie. XV. Bd. Heft 3, pag. 800 u. ff.**

1) Intramedulläres Gliom des Rückenmarks. Auf dem Durchschnitte zeigte sich im oberen Halsmark die Zeichnung vollständig verwischt, im hinteren Theile des linken Vorderhorns war an Stelle der grauen Substanz eine bräunlich sehnig glänzende Masse vorhanden. Diese nahm nach abwärts an Mächtigkeit zu und fand sich im mittleren Halsmark anscheinend um den Centralkanal herumgelagert. Die grösste Mächtigkeit erreichte diese Geschwulst im unteren Halsmark und oberen Brustmark, woselbst sie auf dem Schnitte stark prominirte und sich von der umgebenden Marksubstanz ablöste. Bei der Untersuchung des erhärteten Rückenmarks zeigte sich, dass die Geschwulst im Centraltheile desselben unterhalb der Decussatio pyramidum begann, sich durch das ganze Halsmark erstreckte und noch eben in das Brustmark hineinreichte. Bei der mikroskopischen Untersuchung des in Alkohol erhärteten Präparats erschien das Gewebe wie fein punktirt, granulirt. Nach Färbung mit Carminammoniak traten eine reichliche Menge von dunkel granulirten Kernen auf, die mit einem schwer zu erkennenden Protoplasmahofe umgeben waren

Digitized by Google

und ein Kernkörperchen erkennen liessen. Die isolirten Zellen waren meistens von rundlicher, auch wohl länglicher Gestalt und hatten viele Fortsätze. Am Rande der Geschwulst war das Aussehen mehr homogen und waren einzelne Nervenfasern eingelagert. Das Ependym des Centralkanals war durchweg verdickt und sklerosirt. Die Geschwulst hatte sich nicht um den Centralkanal herum entwickelt, sondern in dem retrocentralen Gewebe ihren Ursprung genommen.

2) Gliosarkom des Gehirns. In dem Gehirn eines Epileptischen fand sich bei der Eröffnung der Seitenventrikel unter dem linken Corpus striatum und Thalamus opticus eine ausgedehnte gallertig weiche Masse. Diese Geschwulstmasse erstreckt sich ohne deutliche Abgrenzung durch das äussere Viertel des Streifenhügels und Linsenkerns, unter dem Thalamus opticus her, diesen eben berührend, bis nahe zum Ammonshorn, sie nahm einen grossen Theil der weissen Substanz des Schläfelappens ein und bauchte sich vorn an denselben an der Basis kleinapfelgross vor, den Pedunculus cerebri noch in Mitleidenschaft ziehend.

3) Cysticerken des Gehirns und Rückenmarks. Es fanden sich in diesem Falle zahlreiche Cysticerken unter der Pia des Gehirns und in der Hirnrinde, einer unter der Pia des Rückenmarks, einer frei im Seitenventrikel und im Duralraum. Ausserdem fanden sich noch Cysticerken im Herzfleisch und unter der Pleura costalis.

Marandon de Montyel, E., Dr., Beitrag zum Studium der Ungleichheit der Grosshirnschenkel in der „folie neurosique“ und der Dementia paralytica. — L'Encephale. No. 5.

M. glaubt bei seinen Untersuchungen gefunden zu haben, dass bei der „folie neurosique“, dem essentiellen Irresein, im Gegensatz zu den Beobachtungen bei Gesunden, die rechte Hemisphäre fast immer stärker entwickelt ist. Das Ueberwiegen der rechten Hirnhälfte nimmt zu mit dem Alter der Kranken, weshalb *M.* glaubt, dass dieses Ueberwiegen herbeigeführt wird durch die Dauer der Krankheit, mithin eine Folge der Krankheit ist.

Im Gegensatze hierzu glaubt er gefunden zu haben, dass bei der Dementia paralytica öfters die linke Hirnhälfte überwiege.

Baillarger, Ueber die schieferige Färbung des Hirns bei allgemeiner Paralyse und ihre Beziehungen zum Decubitus des Kreuzbeins. — Annales med. psychol. Juli.

Die schiefrige Färbung zeigt sehr verschiedene Nuancen, durchdringt die ganze Dicke der grauen Substanz und schneidet mit der weissen Substanz scharf ab. Die Partien der grauen Substanz, welche die schiefrige Färbung zeigen, sind sehr häufig etwas weicher als die benachbarten Windungen. Die Gefässe in der schiefrig gefärbten Substanz sind schwarz.

Digitized by Google

Die Missfärbung tritt am häufigsten an der Hirnbasis und am Kleinhirn auf. Zuweilen riechen die missfarbigen Stellen übel.

Bei der mikroskopischen Untersuchung solcher erweichter schwarzer Rindensubstanz fand *Descaine* einige seltene varicöse Nervenfasern, welche vielmehr gebrochen aussahen als die der gesunden Partien, und viele Cholestearinkrystalle. *M. Calmeil* fand in einem solchen Falle nur die Gefässe von schiefriger Farbe, sonst erschien die Rindensubstanz wie „tätowirt" mit wahren Eiterkörperchen.

An den Hirnhäuten findet sich öfters eine eiterige, etwas grau aussehende Infiltration und Verdickung bis auf 5 oder 6 Millimeter, besonders an der Hirnbasis und in den Sylvi'schen Gruben. In mehreren Fällen fand man auch Eiter in dem Seitenventrikel und selbst auf dem Corpus callosum. Noch häufiger finden sich diese Veränderungen an den Rückenmarkshäuten.

B. illustrirt diese Befunde durch 10 Beobachtungen und eine colorirte Tafel und weist darauf hin, dass die schiefrige Färbung der Hirnrinde ausser bei Schädelverletzungen und Eiterungen des Ohres nur zusammen mit Decubitus am Kreuzbein vorkomme und erklärt ihr Entstehen dadurch, dass vom Decubitus ausgehend sich eine Meningitis cerebrospinalis entwickele und von hier aus sich die Rinde mit Eiter imbibire oder dass vom Decubitus aus septische Partikel durch die Blutgefässe direct nach der Hirnrinde geführt werden.

***Mabille, M.*, Pachymeningitis ähnlich einer allgemeinen Paralyse. Schiefrige Färbung des Hirns etc. — Annales med. psych. Juli. pag. 51 u. ff.**

M. fand bei einer im Zeitraum von etwa 2 Jahren unter den Erscheinungen der Paralyse gestorbenen Frau ausser einer beträchtlichen Verdickung der Dura mater durch Neomembranen und einem mandelgrossen Hämatom auf der linken Seite noch schiefrige Verfärbung der Hirnrinde an dem vorderen Theile des linken Stirnlappens. Es fand sich auch in diesem Falle Decubitus am Kreuzbein.

***Millet*, Dr., Rechtsseitiges Sarcom der Dura mater und einseitige Hallucinationen der rechten Seite. — Annales med. psych. September.**

Bei einem 63 Jahre alten Manne, der im 60. Jahre von Epilepsie befallen wurde, fand sich in der Höhe der rechten Insel, die Sylvi'sche Grube ausfüllend und deren Wände zur Seite drängend, ein hühnereigrosser Tumor, der an der Dura mater adhärirte. Die vom Tumor berührte Hirnsubstanz war in einer Dicke von einem halben Centimeter erweicht und gelblich gefärbt. Eigenthümlich war bei dem Falle das Auftreten von rechtsseitigen Gehörshallucinationen und dem unwiderstehlichen Drange, sich rückwärts zu bewegen.

Digitized by Google

Camuset, L., **Dr., Ueber Veränderungen der Dura mater des Hirns in der allgemeinen Paralyse. — Ann. med. psych. Novbr.**

Als Veränderungen der Dura mater wurden beobachtet:
1) Ueber-Vascularisation.
2) Verdickung und Lockerung.
3) Pachymeningitis externa.
4) Pachymeningitis interna.
5) Osteome.
6) Granulationsbildung am inneren Blatte.

Der Charakter dieser Veränderungen ist der der Entzündung mit der Neigung zur Neubildung. Sie finden sich häufig bei der allgemeinen Paralyse, kommen aber sehr häufig auch bei anderen Affectionen des Centralnervensystems vor, ja sie werden sogar auch bei anderen gewöhnlichen Krankheiten mit langsamem Verlauf beobachtet. Die allgemeine Ursache aller dieser Veränderungen der Dura ist die Hirnhyperämie. Da letztere bei der Paralyse häufig ist, so kommen auch jene Veränderungen der Dura bei der Paralyse häufig vor. Von Einfluss auf die Entstehung ist ferner die Dauer des Hirnleidens. Es giebt gewisse causale Momente, welche besonders für einzelne Arten der Veränderung wirksam werden, so z. B. der Alkoholismus für die Entstehung das Hämatoms, langbestandene Epilepsie für das Osteom.

Deecke, Theodore, **Ueber progressive Meningocerebritis der Geisteskranken. — Amer. Journal of Insanity. April.**

Nachdem *D.* sich gegen die gewöhnliche Art, das Hirn zu seciren, ausgesprochen, weist er darauf hin, wie nothwendig es sei, bei Eröffnung des Schädels und beim Abziehen der Dura die weichen Häute zu schonen, da erfahrungsgemäss Exsudationen in die Arachnoidealräume charakteristisch für eine gewisse Form chronischer Meningitis seien, die stets mit Symptomen von Geistesstörung einher gehen. Diese Exsudationen unterscheiden sich sehr wesentlich von den einfachen Ansammlungen von Cerebrospinalflüssigkeit oder seröser Flüssigkeit nach dem Tode durch die chemische Zusammensetzung der Flüssigkeit und durch die histologischen Veränderungen, welche sie in der Umgebung setzten. Die frühesten Veränderungen zeigen sich in der unmittelbaren Nachbarschaft der Venen der Arachnoidea, welche in die Sinus eintreten. An diesen Veränderungen scheinen die Arachnoidealzotten oder Pacchioni'schen Körper von Anfang an Theil zu nehmen. Der Process beginnt meistens in den oberflächlichen Lagen der Arachnoidea, die der Dura anliegen und an Stellen, wo beide in einer directen Gefässverbindung stehen. Die Veränderungen beginnen mit einer Zunahme von Venen, die sich von den in die Sinus eindringenden grösseren Stämmen abzweigen, mit Bildung einer Art Netzwerk von venösen Capillaren, welche an Grösse sehr variiren und mit ausserordentlich dünnen Wan-

Digitized by Google

dungen versehen sind. Ihre Existenz scheint nur eine vorübergehende zu sein, denn sie sind zum raschen Collabiren geneigt, wobei sie in den Arachnoidealmaschen ein unregelmässig gestaltetes, knotiges und unelastisches Netzwerk zurücklassen. Diese Gefässneubildungen sind meistens nur mit einem einfachen Endotheliumlager ausgekleidet und deshalb sehr geneigt Verzweigungen auszuschicken, oder sich zu erweitern oder selbst zu bersten. Die Hauptursache dieser Veränderungen sind ohne Zweifel locale Circulationsstörung, insbesondere venöse Stase oder sogenannte passive Hyperämie. Diese venöse Hyperämie ist in den Fällen, in denen ihr nicht entzündliche Vorgänge oder acuter Hydrocephalus unmittelbar folgen, eine chronische Affection, welche verschiedene Veränderungen an den Gefässen und dem angrenzenden Gewebe zur Folge hat. Solche Veränderungen sind eine Zunahme des perivasculären Protoplasmas, der cellulären, insbesondere endothelialen Elemente, eine Erweiterung und Verlängerung der Gefässe mit Verdickung der Gefässwandungen etc. Aetiologisch wird dieser chronisch hyperämische Zustand der Venen herbeigeführt sowohl durch wiederholte arterielle Congestion, als auch durch arterielle Sklerosis und eigene Anämie.

Bei der Zartheit der Membran, in welcher diese Gefässveränderungen vor sich gehen, ist es erklärlich, dass auch noch andere Veränderungen zu Stande kommen, dahin gehört besonders die Bildung von Cysten mit ihren Folgeerscheinungen des Drucks und der Reizung der angrenzenden Gewebe. In der Regel beschränkt sich der Process nicht auf die Arachnoidea, sondern greift auch auf die Pia über und setzt sich selbst in die Hirnrinde fort, führt Adhäsionen unter denselben herbei u. dergl.

---

6. Specielle Pathologie und Therapie. Referent: Pelman-Grafenberg.

Marandon de Montyel, Ueber Unheilbarkeit und spätere Heilung von Seelenstörungen. — Arch. de Neur. Juli.

Das Thema der späten Heilungen von Psychosen, welches aus Anlass der Discussion über das Ehescheidungsgesetz die französischen Psychiater nach verschiedenen Richtungen hin beschäftigt, giebt dem Verf. Gelegenheit auf Grund verschiedener eigener Beobachtungen einige allgemeine Gesichtspunkte zu stipuliren. Man hat zunächst zu berücksichtigen die Prädisposition, die Form der Seelenstörung und den Geisteszustand nach der späten Heilung. Im Allgemeinen giebt es keine Störung ohne Prädisposition. Fast in jedem Falle findet man abgesehen von der Erblichkeit

Digitized by Google

in der Anamnese Excesse, Kummer, Sorgen und Ueberanstrengung. Das Gehirn erkrankt nicht zufällig, sondern ist schon vorher in seinen wichtigsten Lebensäusserungen verändert und geschwächt. Die meisten Erkrankungen gehen in Schwachsinn über und nur bei einer kleinen Zahl erfolgte eine Restitutio in integrum. Von allen Geistesstörungen ist die Dementia sicherlich unheilbar und sie würde also eine rechtsgültige Ehescheidungsursache abgeben. Indessen zeigt auch sie verschiedene Grade und Abstufungen. Der eine Kranke, dessen intellectuelle Seite stark geschwächt ist, hat noch vollen Sinn für seine Familie und für gemüthliche Erregungen, der andere, der in Folge seiner Hallucinationen und Wahnideen ganz abgestumpft erscheint, wird plötzlich nach Jahren regsamer, wenn die Sinnestäuschungen nachlassen. Schliesslich bleibt auch hier nichts Anderes über, wie ein individualisiren und wird man erwarten dürfen, dass der ärztliche Blick sich nicht täuschen wird. Indessen kann der letztere nicht als Grundregel aufgestellt werden, wenn es sich um ein so schwerwiegendes Gesetz handelt.

Was nun den Zeitpunkt betrifft, bis wann eine Heilung möglich ist, so kann man 12 Jahre rechnen. Es liegt zwar auf der Hand, dass ein Gehirn, welches so lange Jahre krank gewesen ist, nach mancher Richtung hin als geschwächt angesehen werden muss, aber wenn der Kranke auch wissenschaftlich nicht gesund erscheint, so ist damit noch immer nicht gesagt, dass er für die Gesellschaft verloren ist.

Da also weder aus der Prädisposition noch aus der Form der Seelenstörung, noch aus der Dauer der Krankheit ein Kriterium für die Unheilbarkeit gefunden werden kann, so erscheint es unrecht, eine absolute Unheilbarkeit auszusprechen, wenn es sich um Ehescheidung handelt, zumal hier ein Rückgängigwerden des Beschlusses, wie bei der Entmündigung, nicht möglich ist.

***Ball,* Irresein bei Zwillingen. — L'Encéphale, No. 4.**

Geistesstörung, welche unter gleichen Bedingungen bei Zwillingen zum Ausbruch kommt, ist ausgezeichnet durch das gleichzeitige Auftreten, durch den Parallelismus der krankhaften Vorstellungen und durch die Selbständigkeit des Deliriums bei einem jeden Zwilling.

Zwei Zwillingsschwestern, welche bis zum 14. Lebensjahre vereint gelebt hatten, erkranken im 29. Jahre ziemlich zu gleicher Zeit. Die eine wird in Folge der angestrengten Pflege ihres erkrankten Mannes tobsüchtig, die andere, welche der Schwester in der Pflege beigestanden hatte, erkrankte 2 Tage später. Obwohl beide in getrennten Asylen untergebracht waren, bot der Verlauf beider eine ungemeine Aehnlichkeit sowohl rücksichtlich der eigenthümlichen Grössen und Verfolgungsideen (eine jede von ihnen war die Mutter Gottes, wollte die Welt erlösen, fürchtete Vergiftung und dergl.), sowie rücksichtlich des Charakters der psychischen Störung.

Verf. weist dann auf ähnliche Fälle hin, die bis jetzt in der Literatur ziemlich spärlich vertreten sind und erblickt im Zwillingsirresein die

Digitized by Google

Aeusserung eines verwandtschaftlichen Zwanges, der über die Grenze einer einfachen Blutsverwandtschaft hinausgeht, d. i. der Fluch der Erblichkeit.

Verga, **Ein Fall von inducirtem Irresein (pazzia a quattro). — Arch. ital. per le m. nerv. Heft VI.**

Ein Ehepaar, 48 resp. 47 Jahre alt, wird October 1883 in das Mailänder Hospital aufgenommen. Beide, offenbar schon jahrelang verrückt, hofften auf eine grosse Erbschaft, wurden im Jahre 1883 von Allgemeingefühlsstörungen und Hallucinationen ergriffen, die endlich die Aufnahme in die Anstalt nothwendig machten. *Verga* berichtete, dass die Frau im Jahre 1856 bei einer Französin gewohnt habe, welch' letztere ihn einmal (anscheinend 1866) consultirte, um ihn wegen derselben Erbschaftssache zu interpelliren. Da ausserdem die Mutter der Frau auch an diese Erbschaft glaubte, so war sie die vierte im Bunde: pazzia a quattro! Dass Mann und Frau wirklich krank waren, ist wohl ohne Zweifel, d. h. bei beiden entwickelte sich auf dem langsam vorbereiteten Boden eine hallucinatorische Verrücktheit, die ziemlich die gleiche Bahn verfolgte. Dagegen erscheint es zweifelhaft, ob die Mutter der Frau und die Französin geisteskrank waren, da ein verkehrter Glaube einmal an eine utopische Erbschaft doch an sich noch keine Verrücktheit ist. Beide Ehegatten waren dem Anschein nach unheilbar und wurden am 31. März 1884 der Versammlung der Aerzte in Mailand vorgeführt.

Wiglesworth, **Die Pathologie der Manie. — J. of m. sc. 1884. No. 5.**

Wenn wir die complicirten Phänomene psychischen Geschehens verstehen wollen, so müssen wir die Art ihrer Entstehung in's Auge fassen. Zwischen der einfachsten Reflexaction und den höchsten Aeusserungen des Verstandes besteht kein wesentlicher Unterschied. Es schieben sich im Laufe der Entwickelung immer mehr coordinirende Centren über einander und je höher die Entwickelung, um so zahlreicher sind diese Centralstellen, um so jünger aber auch und um so leichter einer Störung ausgesetzt. Manie ist nun eine functionelle oder organische Erkrankung der höheren coordinirenden Centren des Gehirns. Wird eines derselben ergriffen, so geräth es zunächst in Reizung — Ueberaction — und wirkt hemmend auf seine untergeordneten Nervenzellen. Der klinische Ausdruck ist Torpor, Melancholie. Aber sehr rasch tritt eine Erschöpfung ein, die betreffenden Centren werden machtlos, während die untergeordneten Centren frei werden, in Action treten und ungehindert handeln, bis die höher coordinirenden Nervencentren wieder in ihr altes Recht treten, d. h. es tritt Genesung ein. In Wirklichkeit sind also die handelnden Nervencentren — der grössere Theil des Gehirns — gesund und krank sind nur jene wenigen höchsten coordinirenden Centren: die Störung ist auf geringe Theile des Gehirns

Digitized by Google

beschränkt. Immerhin werden wir uns jene anderen Nervencentren im Zustande der Hyperämie vorzustellen haben, wenn diese Hyperämie auch secundärer Natur ist.

Die Manie ist somit der psychische Ausdruck einer allgemeinen Hyperämie des Gehirns, hervorgerufen durch eine vasomotorische Paralyse. Auf Grund dieser Theorie erklären sich die leichtesten Formen der Manie in der Weise, dass hier nur die höchsten Nervenplexus ergriffen sind. Je mehr die Affection nach unten um sich greift und niedere Centren ergreift, um so schwerer sind die Erscheinungen.

Verf. erörtert seine Theorie an zwei ähnlichen Zuständen, am Traum und am Delirium. Bei den ersteren sind alle Nervencentren gleichmässig von Anämie befallen, beim Delirium sind sie gleichmässig dem Einflusse unreinen Blutes ausgesetzt. Ebenso lässt sich die Wirkung beruhigender Mittel oder vielmehr ihre Wirkungslosigkeit durch die erwähnte Theorie erklären. Indem dieselben die oberen Centren zuerst ergreifen, schaden sie mehr als sie nutzen. Schliesslich sucht Verf. seine Theorie in Einklang mit den Ergebnissen der Hirnanatomie zu bringen und findet, dass diese seinen Anschauungen durchaus nicht entgegen sei.

***Nellis*, Bericht über einen Fall von acuter Manie. — Al. and Neurol. Oct.**

Ein Kranker, der nach einem „Revival" auch unter hallucinatorischen Verfolgungsideen und Angst erkrankte, bald darauf heftig und gewaltthätig wurde, kam in die Behandlung des Verf. Es wurden forcirte Spaziergänge angewandt, welche dem Kranken gut bekamen. Leider wurde das Wetter schlecht und der Kranke tief melancholisch, so dass er 6 Wochen lang mit der Sonde ernährt werden musste. Schliesslich wurde er gesund.

Ueber transitorische Manie. — Atti del quart. congr. de la soc. fren. ital. IX. 1883.

In der Sitzung des vierten Congresses der italienischen Irrenärzte vom 20. Sept. 1883 stand die Frage von der „Mania transitoria" auf der Tagesordnung. Der Referent war nicht erschienen und es wurden daher nur casuistische Beiträge gegeben und von einer generellen Besprechung abgesehen.

Tamburini erzählte den Fall einer 40jährigen Frau, die ausser gelegentlichen Zeichen leichter Hysterie gesund war. Eines Abends schläft sie am Kaminfeuer ein und erwacht nach etwa 1 Stunde in vollem maniakalischen Delirium: sie hat glänzende Augen, einen rothen Kopf, spricht unzusammenhängend, ist unruhig, entkleidet sich u. s. w. Gegen 2 Uhr Morgens schläft sie ein und erwacht um 7 Uhr ohne Erinnerung an das Vorgefallene — Verf. vermuthet die Ursache in der Hitze des Feuers oder dem Kohl-

Digitized by Google

oxydgas desselben. Er weist dann ferner auf die Uebereinstimmung mit den Symptomen des Somnambulismus und der Schlaftrunkenheit hin, die er so gross findet, dass eine Unterscheidung kaum möglich ist. Er verweist auch den berühmten Fall von *Heim* hierhin, der Veranlassung zur Lehre von der Mania transitoria gegeben hat. Er schliesst mit der Vermuthung, dass die Mania transitoria kein in sich feststehender Krankheitsbegriff, sondern ein Sammelname für allerhand gleichartige Zustände, wie Epilepsie, Alkoholismus, Intoxicationen und dergl. sei.

Darauf theilt *Gonzales* einen Fall mit. Er wurde zu einem jungen Mädchen gerufen, welches seit einiger Zeit geisteskrank war. Noch bevor sie der Anstalt übergeben werden konnte, erkrankte ihr Brüder, der die Schwester seit 2 Tagen pflegte und sich während dieser Zeit weder Ruhe noch auch Nahrung gegönnt hatte. Nachdem er heftiges Kopfweh empfunden und namentlich über Schmerzen in der Scheitelgegend geklagt hatte, so dass er nicht einmal die Berührung der Haare ertragen konnte, brach er plötzlich in ein heftiges Delirium aus, griff in wilder Wuth einen Freund an und konnte mit Mühe durch 3 Mann gebändigt werden. Er schrie und brüllte, glaubte, dass man ihn und seine ganze Familie in die Irrenanstalt bringen wolle, versuchte sich die Haare auszureissen, wollte sich zum Fenster herausstürzen und zerbiss ein Glas, das man ihm zum Trinken reichte. Um 7 Uhr Abends kam er in die Anstalt, schlief dort gegen 10 Uhr ein und war am anderen Morgen gesund, aber ohne Erinnerung für das Vorgefallene, wenigstens für die Höhe des Anfalls. — *G.* weist auf die sehr grosse erbliche Belastung hin, welche in diesem Falle bestand und ebenso glaubt er es als a priori für wahrscheinlich annehmen zu müssen, dass unter ähnlichen Veranlassungen Recidive zu befürchten sind — entgegen der gewöhnlichen Annahme bei Mania transitoria.

Raggi erzählt dann einen unzweifelhaften Fall aus seiner Beobachtung, wo in der That 15 Jahre früher ein ganz ähnlicher Anfall stattgefunden hatte. Es giebt also Recidive. Wie stellt sich hier der Unterschied zwischen Epilepsia larvata und Mania transitoria?

Brunnati bringt einen höchst interessanten Fall vor. Ein Steuerbeamter, 32 Jahre alt, lebt in sehr glücklicher Ehe. Seine Frau wird krank und der Mann giebt ihr ein Salz ein in der Meinung, dass es Glaubersalz sei. Es war aber Baryt und die Frau stirbt. Seitdem ist er niedergeschlagen, versieht aber seinen Dienst noch, bis er etwa einen Monat nach dem Todesfalle ganz plötzlich und ohne alle Vorläufer, während er in gewohnter Weise seinen Dienstgeschäften nachging, in Raserei ausbrach, lärmte, tobte und sich das Leben nehmen wollte. Mit Mühe wurde er von seinen Kameraden überwältigt und in die Anstalt verbracht, wo er weiter tobte und erst nach 15 Stunden, nach einem längeren Schlafe gesund erwachte. Jede Erinnerung an das Vorgefallene fehlte. Der Kranke hatte früher 2 Jahre lang an Malaria und in Folge dessen an Schwindel und Kopfschmerz gelitten.

Biffi theilt zwei Fälle rasch vorübergehender melancholischer Aufregung

Digitized by Google

und Angst mit, die aber zu skizzenhaft gehalten sind, um ein Urtheil zu ermöglichen, inwiefern sie hierher gehören.

Salemi-Pace erzählt zwei Fälle, die er anfangs für Mania transitoria gehalten hat und auch wohl dafür halten durfte, bis sie sich im Verlaufe der Zeit als verschieden herausstellten. Der erste betraf einen 27jährigen Bedienten, der nach einem Streite mit seiner Herrschaft am Abend desselben Tages plötzlich das Essgeschirr zertrümmerte und auch zu Hause fortfuhr zu zerstören und gegen sich zu rasen. Er wurde in die Anstalt gebracht, beruhigte sich bald und wunderte sich über das Vorgefallene, von dem ihm jede Erinnerung fehlte. Nach einem Jahre hatte er nach ähnlicher Veranlassung einen schweren epileptischen Anfall.

Ein anderer Kranker, 26 Jahre alt, sitzt mit seinem Onkel beim Kartenspiel als seine Schwester durch's Zimmer geht. Er springt auf, ergreift ein Messer, stürzt sich auf den Onkel und wird nur mit grosser Mühe abgehalten ihn zu erstechen. Am anderen Tage ist er wie gewöhnlich, beantwortet aber keine auf den Vorfall gerichtete Frage. Erst lange nachher erfährt *Salemi-Pace* die wahre Ursache. Eben jener Onkel hatte die Stellung seiner Nichte (der Schwester des Betreffenden) dazu missbraucht, um ihr in unsittlicher Weise nachzustellen. Der Anblick der Schwester hatte den Bruder in Wuth versetzt.

Den Schluss der Verhandlungen bildet die Discussion über die These „dass die Mania transitoria wohl zu Gewaltthaten neige, aber nur gegen Andere, nie gegen sich selbst". Die ganze Frage soll auf der nächsten Versammlung noch einmal erörtert werden.

***Ball*, Das Pubertätsirresein oder die Hebephrenie. — L'Encéph. No. 1.**

Verf. stellt in der Klinik einen Fall von Hebephrenie vor und knüpft hieran eine Schilderung des von *Kahlbaum* und *Hecker* in ausführlicher Weise beschriebenen Krankheitsbildes. Er weist darauf hin, dass das Individuum zur Zeit der Pubertät, jener Epoche im menschlichen Leben, wo die tiefsten Veränderungen im Organismus sich vorbereiten, neue Gefühle und Empfindungen auftauchen, am meisten gefährdet ist, namentlich dann, wenn die Erblichkeit mit in's Spiel kommt. Die Entwickelung der hier in Betracht kommenden Geistesstörung wird begünstigt durch Onanie und geistige Ueberanstrengung. Der Beginn der Hebephrenie ist zuweilen ein plötzlicher, in den meisten Fällen dagegen ist die Entwickelung eine langsame. Den Anfang bildet gewöhnlich eine Melancholie von unbestimmtem Charakter. Der Kranke scheint mit seinen Wahnvorstellungen zu spielen, ist dazwischen oft unmotivirt heiter und vergnügt. Häufig schliessen sich hieran Gehörstäuschungen und Verfolgungsideen. Das Delirium ist nicht constant, doch findet sich fast immer eine Neigung zu exaltirten religiösen oder politischen Vorstellungen. Der Kranke hat etwas Eingebildetes in seinem Wesen, spricht mit Emphase, schreibt incohärent und geziert.

Digitized by Google

Oft spielen sexuelle Vorstellungen eine grosse Rolle. Zuweilen wird eine circuläre Form beobachtet. Sehr früh macht sich das Auftreten geistiger Schwäche bemerkbar, doch kommen immer wieder neue Erregungsphasen, bevor gänzliche Verblödung eintritt. Die Prognose ist sehr ungünstig. Nur in wenigen Fällen tritt Heilung ein.

***Martinenz*, Wiederholte Selbstverstümmlungen bei einer Geisteskranken. — Annal. méd. psychol. Nov.**

Eine Frau von 35 Jahren, welche durch wiederholte Entbindungen und prolongirte Lactation sehr geschwächt war, erkrankte plötzlich an Melancholie. Sie beweinte ihr vermeintliches Unglück und das ihrer Nebenmenschen, hing fortwährend trüben Gedanken nach, dachte nur an's Sterben und bereitete sich auf den Tod vor. Sie äusserte Selbstmordgedanken und las mit Vorliebe Berichte über Unglücke und Selbstmorde. Am 1. Februar versuchte sie sich mit Opium zu vergiften, wollte, als dieses misslang, in die Seine laufen und benutzte endlich am 3. Februar einen unbewachten Augenblick und stiess sich die Nadel eines grossen Geometercompasses in die linke Seite. Sie wurde sofort einer Anstalt übergeben. Hier bot sie das Bild einer ängstlichen Erregung dar, sie hörte und sah immer die schrecklichsten Dinge, klagte sich der schändlichsten Vergehen an und verlangte ständig zu sterben. Am 5. Februar machte sie einen neuen Versuch sich zu beschädigen, der auch zum Theil gelang und zwar riss sie sich das rechte Auge aus. Das linke Auge, welches durch einen Riss des Muscul. rectus int. und Kapsel luxirt war, wurde mit Mühe gerettet. Trotz dieser schweren Verletzungen trat keine Spur von Reaction ein, die rechte Orbita verheilte ohne Eiterung, das linke Auge behielt seinen normalen Platz, ohne Behinderung in seinen Bewegungen. Das Sehvermögen blieb intact. Am 13. Tage nach der Verletzung wurde in der Chloroformnarkose die $9^1/_2$ cm lange Compassnadel aus der Bauchhöhle entfernt. Auch diese Verwundung heilte aus ohne Folgen zu hinterlassen. Kurze Zeit nachher trat im Befinden der Kranken eine wesentliche Besserung ein und konnte sie Anfang Juni genesen entlassen werden.

***Boucher*, Beitrag zur Lehre vom Delirium chronicum. — Arch. de Neurol. Sept.**

Das von *Magnan* als Krankheitsform aufgestellte „Délire chronique" ist charakterisirt durch vier Stadien: Phase der Verstimmung, Verfolgungswahn, Grössenwahn, Blödsinn. Die Störung kann in jedem Stadium zum Stillstand kommen, natürlich sind die Heilungsaussichten um so geringer, je mehr sich die Krankheitsform dem letzten Stadium nähert.

Man findet das chronische Delirium ausschliesslich bei Hereditariern. Irgend ein psychischer Chok genügte, um bei dem betreffenden Individuum einen Zustand von Unruhe, Missbehagen und ängstlicher Sorge um das eigene Ich sowie neurasthenische Gefühle hervorzurufen.

Digitized by Google

Die Kranken beziehen Alles auf sich, verarbeiten die auffälligen Zeitereignisse in ihrem Sinne und finden überall Anknüpfungspunkte für ihre krankhaften Gefühle. Bald kommt es zu Verfolgungsideen und sogleich zu psychischen Defecten. Der Kranke hat seine eigene Sprache und Redewendungen, er legt gewissen Worten eine bestimmte Bedeutung bei, schliesslich wird der Wahn systematisirt. So kann es 2—10 Jahre lang bleiben. In den meisten Fällen dagegen sucht der Kranke nach Gründen, warum er zum Object der Verfolgung gemacht wird. Auf diese Weise bildet sich der Grössenwahn aus. Hiermit ist aber auch zugleich der Anfang zum vollständigen psychischen Verfall gegeben und lässt der Blödsinn nicht lange mehr auf sich warten. — Das chronische Delirium kann complicirt sein mit Hysterie, Epilepsie, Alkoholismus etc. Die Prognose ist nur für das erste Stadium weniger bedenklich: durch geeignete Behandlung kann man dem Verlauf der Krankheit bis zu einem gewissen Punkte Einhalt thun.

Vier Krankheitsgeschichten, von denen die eine der Arbeit von *Respaut* entnommen ist, illustriren das Gesagte.

Seglas, Bemerkungen über einen Fall von Melancholia anxia. — Archiv. de Neurol. Juli.

S. beschreibt einen Fall von Melancholie bei einer erblich belasteten, offenbar hysterischen Frau, in deren Verlauf sich heftige Hallucinationen, Selbstmordversuche, Vorstellungen der Unwürdigkeit, des Verlorenseins und der Unsterblichkeit sich einstellten. Verf. ergeht sich in ziemlich unfruchtbaren Speculationen über die Frage, ob hier ein chronisches Delirium oder ein Delir des négatives vorliegt. Schliesslich entscheidet er sich für das letztere, indem er den Unsterblichkeitswahn nicht als Grössenwahn auffasst, sondern als Vorstellung, die einer melancholischen Gemüthsstimmung ihre Entstehung verdankt.

Kraussold, Melancholie und Schuld. — Stuttgart 1884. Verlag von Ferd. Enke. 77 S.

Verf. weist in der Einleitung seiner Arbeit darauf hin, dass wie einerseits eine Verkennung krankhafter psychischer Zustände statt finden kann, so auch andererseits bei notorisch Geisteskranken gewisse Vorgänge im Seelenleben, die in der That motivirt sind, irrthümlicher Weise als Symptome der Geistesstörung angesehen werden. Ganz besonders häufig dürfte dies bei den Selbstvorwürfen der Melancholiker der Fall sein. Verf. erörtert dann den Begriff des Gewissens, der Reue und der moralischen Anschauung beim Gesunden. Er weist nach, in wie grossem Maasse das sexuelle Leben mit seinen Verirrungen bei den Individuen eine Rolle spielt und durch welche Veranlassungen das „Gewissen" gemahnt wird — Mangel, Noth, Krankheit, Wechsel der religiösen Gesinnung. Er geht dann zu psychopathischen Zu

Digitized by Google

ständen über, erörtert den Begriff der Melancholie und entwickelt in ausführlicher Weise, wie der Melancholiker dazu kommen muss in Folge seines psychischen Schmerzes bei dem Schuldbewusstsein länger zu verweilen. Wird er wieder gesund, so nimmt er vielleicht die schweren Selbstvorwürfe zurück und erklärt sie für eine Ausgeburt seiner kranken Phantasie. *Kr.* führt dann mehrere Fälle an, in denen stets ein mehr oder weniger nachweisbarer realer Hintergrund sich finden liess. Zum Schlusse wird darauf hingewiesen, dass für die psychische Behandlung der Psychosen eine strenge Unterscheidung und Auseinanderhaltung von Wahrheit und Dichtung in den Selbstvorwürfen der Melancholiker nicht ohne Bedeutung sei.

***Dana*, Zweifelsucht und Berührungsfurcht. — Al. and Neurol. 1884.**

Verf. theilt zwei Fälle mit. 1) Berührungsfurcht — tactile Form der Zweifelsucht. Bei einer 28jährigen Lehrerin, ohne erbliche Belastung, die von jeher etwas hysterisch und peinlich reinlich und empfindlich war, stellte sich ziemlich plötzlich eine Abneigung gegen Berührung ein. Dieselbe steigerte sich endlich so, dass die Kranke zu Bett blieb und sich den ganzen Tag mit Waschen beschäftigte, wo sich nur ein Stäubchen zeigte. Die Therapie war ohne Erfolg. Es trat nur geringe Besserung ein. — 2) Zweifelsucht. Der geschilderte Fall erscheint nicht ganz rein. Es handelt sich um einen Hypochonder, der schon Jahre lang krank ist. Die Zweifelsucht desselben beschränkt sich im Wesentlichen auf das, was er für sein Wohlbefinden thun soll und erscheint eher als schwachsinnige Aengstlichkeit für das eigne Ich und dessen Wohlergehen. Besserung wurde nicht erzielt, doch traten die Symptome zeitweise unter geeigneter „Dressur" etwas zurück. Die Annahme des Verf., dass Zweifelsucht mehr eine Krankheit der Männer, Berührungsfurcht eine solche der Frauen sei, entbehrt wohl der Begründung. Ebensowenig ist es nachgewiesen, dass die Zweifelsucht chronischerer und von ungünstigerer Prognose ist.

***Cabadé*, Ein Fall von Zweifelsucht. — l'Encéph. No. 4.**

Verf. hat im Jahre 1882[1]) einen Fall von Zweifelsucht beschrieben, deren erste Symptome sich während der Reconvalescenz eines Rheumatismus acutus zeigten. Später acquirirte Patient die Syphilis, doch hatte dieselbe auf die psychische Störung gar keinen Einfluss. October 1881, fünf Jahre nach Ausbruch der Psychose, stellten sich Schwindelanfälle ein, die von *C.* für gastrischen Ursprungs erklärt wurden, dem Kranken aber viele Gedanken machten. Während der Zeit von November 1882 bis Mai 1883 war der Kranke drei Mal vorübergehend aphasisch, im Uebrigen hatte sich sein Befinden bedeutend gebessert, er hatte keine Zweifel mehr und war frei von Zwangsvorstellungen. Acht Monate lang hatte der Kranke wegen einer Periostitis, welche auf die Syphilis zurückgeführt werden musste, tägl. 4,0

[1]) cfr. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 40, Heft 3.

Digitized by Google

Jodkalium genommen. Am 13. Juni 1883 stellten sich heftige Convulsionen ein, dem ein Zustand von Aphasie und nachfolgender Bewusstseinsstörung vorausging. Nach zwei Stunden erfolgte Restitutio in integrum. Die Anfälle wiederholten sich noch zwei Mal, waren ausschliesslich rechtsseitig, bei theilweiser Erhaltung des Bewusstseins. Die fernere Behandlung bestand in einer energischen antisyphilitischen Behandlung. Der Kranke bekam täglich zwei Einreibungen von 15,0 Quecksilbersalbe und Jodkalium in Dosen von 4,0 – 10,0 pro die. Seit den Anfällen hatte sich auch die Psychose wieder eingestellt, doch waren die psychischen Hemmungen viel geringer gegen früher und traten die Symptome der Zweifelsucht viel weniger zu Tage.

Amadei und ***Tonnini***, Ueber die Paranoia und ihre Formen. — Arch. ital. per le mal. nerv. H. 1 u. 2 Forts.

Die Verff. halten sich für berechtigt, die Paranoia in eine P. degenerativa und psychoneurotica zu trennen und zwar verstehen sie unter der letzteren Bezeichnung alle Formen, wo die erbliche Belastung nicht besonders hervortritt, wo keine Degenerationszeichen vorliegen und das Delirium nur die Fortentwickelung der abnormen Charakteranlage bildet (Hypertrophie des Charakters). Obwohl die degenerativen Formen die Regel bilden, giebt es sowohl acute und in Genesung übergehende Fälle von typischem systematischen Delirium, als auch chronische, die auf keine degenerative Basis zurückgeführt werden können. Für diese ergiebt sich:

1. Die Abwesenheit jedes constitutionellen Elementes. Die Krankheit ist nicht die einfache Folge der neuropathischen Anlage.

2. Es ergeben sich ausgesprochene Ursachen und zeitige Dispositionen, die den Anfall erklären, ohne die Annahme einer vorhandenen Anlage nothwendig zu machen.

3. Der Ausgang ist, wenn nicht Genesung, so eine secundäre geistige Schwäche.

4. Die Erblichkeit spielt keine besondere Rolle.

5. Sie zeigen einen ganz bestimmten Beginn, was bei den degenerativen Formen keineswegs der Fall ist.

Die degenerative Form entspricht im Allgemeinen der Auffassung von *Krafft-Ebing*. Zeitlich wird dieselbe geschieden in:

1. Paranoia originaria, deren Anfänge sich in der frühesten Anlage verlieren und in

2. Paranoia tardica, wo der Beginn in die späteren Jahre fällt, wenn auch die erbliche Anlage, Degenerationszeichen u. s. w. den degenerativen Charakter bezeugen. Die einzelnen Unterabtheilungen dieser Formen hier aufzuführen erscheint überflüssig, um so mehr, als sie unter sich wohl kaum auseinander zu halten sind.

Die Verff. gehen alsdann die differentielle Diagnose durch, wobei sie überall ihre genaue Kenntniss der deutschen Literatur bekunden. Trotzdem

Digitized by Google

herrscht einige Unklarheit in der Begrenzung der Formen und ergeben sich verschiedene Angaben über die relative Häufigkeit der Paranoia, so dass das Verhältniss zwischen 1 : 3 und 1 : 30 schwankt. Verff. fanden in ihrer Anstalt, in welcher sich übrigens viele Kinder, Greise und Pellagröse befanden 1 : 10. Dabei überwiegen die Frauen mit 12,5 pCt. über die Männer mit 9 pCt. Ebenso ist die Paranoia häufiger bei den gebildeten Ständen. — Entsprechend der auffälligen Neigung der Italiener Schädelmessungen, Degenerationszeichen etc. im psychiatrischen Interesse zu verwerthen, wird auch bei dieser Gelegenheit hierauf das nöthige Gewicht gelegt, natürlich nur bei der degenerativen Paranoia, doch finden sich auch hier die Schädelanomalien nicht so ausgeprägt wie bei anderen degenerativen Psychosen. Dagegen sind Anomalien der Windungen häufig und die Verff. erwarten von einem eingehenden Studium der Rindenmorphologie grosse Vortheile für die klinische Diagnose.

Den Schluss der lesenswerthen Arbeit machen 9 gut ausgewählte Krankheitsgeschichten, welche die einzelnen Formen der Paranoia erläutern.

***Tanzi* und *Riva*, Die Paranoia, Beitrag zur Theorie der psychischen Degeneration. — Riv. sp. di fren. 1884.**

Bei näherem Eingehen auf alle Fälle von systematischem Delirium (103 oder 13,6 pCt. des Bestandes in Reggio) finden Verff. bei 77 pCt. Heredität, bei 9,5 pCt. Störungen in der Entwickelung, also 86 pCt. von entschieden degenerativer Natur, während dieselbe bei den übrigen 14 pCt. nicht nachgewiesen, aber keineswegs ausgeschlossen war. Von dieser fundamentalen Erwägung ausgehend, beziehen sie hierhin auch alle die Fälle, wo auf degenerativer Basis eine allen gemeinsame Familienähnlichkeit entstanden ist, ohne dass es gerade zu systematischen Delirien gekommen wäre. In diesem Sinne verstehen sie unter Paranoia: eine functionelle Psychose auf degenerativem Boden, charakterisirt durch eine besondere Veränderung in den höchsten geistigen Functionen, ohne dass gerade eine besonders hervortretende Abschwächung oder auch eine allgemeine Verwirrtheit derselben zu bestehen braucht. Die Psychose ist fast immer begleitet von Sinnestäuschungen und andauernden Wahnideen, die mehr oder weniger in ein System gebracht sind, ohne dass sie von einer besonderen Ursache oder irgend einer besonderen krankhaften Erregbarkeit abhängig erscheinen. Der Verlauf ist nicht immer gleichartig, noch auch gleichmässig, immer aber chronisch, der Uebergang in Schwachsinn an und für sich nicht nothwendig. — Trotzdem dass hiernach die Diagnose dieser Krankheitszustände sich von selbst ergiebt (?), dauerte es doch geraume Zeit, bis man darüber in's Klare kam.

Insbesondere weisen die Verff. die Meinung zurück, dass die Paranoia eine secundäre Affection sei und sich auf der Basis der geistigen Schwäche entwickle. Gerade hier treffe man sie am seltensten an.

Digitized by Google

Die Verff. legen der Erblichkeit einen ausserordentlich grossen Werth bei und sie dehnen den Begriff derselben im weitesten Umfange aus. So gelangen sie dazu, in 96 pCt. dieser Fälle den Nachweis der Erblichkeit führen zu können, dagegen nur in 50 pCt. der sog. Psychoneurosen. Wenn wir auch die Höhe beider Zahlen nicht begreifen und wahrscheinlich nicht billigen werden, so besteht doch ein bedeutender Unterschied zwischen beiden, der, denselben Irrthum überall vorausgesetzt, die erste dieser Gruppen als vorzugsweise erblicher Natur erscheinen lässt. Die Verff. sprechen daher alle diese Formen als degenerative an, jedoch nicht ohne dieser degenerativen Form eine gewisse Breite und gewisse Uebergänge zuzugestehen. Sie wenden also diese Bezeichnung in dem Sinne an, wie dies *Krafft-Ebing* gethan hat. Einen weiteren Beweis ausser der Erblichkeit finden sie in der Art des Deliriums, das wenig Anklänge an das tägliche Leben bietet (Freud und Leid), sondern durch seinen paradoxen und zerfahrenen Inhalt an frühere (atavistische) Zeiten erinnert und daher dem Wahne ein besonderes degeneratives Gepräge verleiht. Zunächst ist hier der unwandelbare Glauben zu erwähnen, welchen die Wahnideen finden und der in Disharmonie mit ihrem thörichten Inhalte steht: eine Analogie des blinden Aberglaubens beschränkter Menschen und tief stehender Völker. Doch verfehlen die Verff. nicht zu erwähnen, dass deshalb nicht jeder blinde Glaube, welcher der Logik ermangelt, eine Verrücktheit bedinge; das sei z. B. bei der Religion nicht der Fall. Nicht an sich, sondern in Verbindung mit der Zeit, in welcher er sich äussert, muss ein Gedanke beurtheilt werden. Wer heute an Götter glaubt, ist verrückt, die Römer waren es aber nicht.

46 pCt. der Verrückten leiden an Verfolgungswahn und bei mindestens 65 pCt. bestanden zu irgend einer Zeit Verfolgungsideen: ein Beweis der Inferiorität; nur der Schwache ist furchtsam, der normale Mensch frech und anmaassend! Deutlich ist der Atavismus darin ausgedrückt, dass das paranoische Delirium sich fast stets auf die Erhaltung des Lebens bezieht und nicht, wie jetzt gebräuchlich, auf Gut und Geld. Die Querulanten berücksichtigen auch dies letztere, aber rein atavistisch ist ihre Unfähigkeit, das Recht als solches zu begreifen und von dem eigenen Ich zu abstrahiren. Daher die Unmöglichkeit, das Recht des Anderen zu achten und die Idee des socialen Wohles zu fassen. Denselben Atavismus finden wir in den eigenthümlichen mystischen sexuellen Vorstellungen, in der Allegorisirung in Schrift und Sprache u. s. w.

Auf diesem oft latenten und lange vorbereiteten Boden erhebt sich plötzlich die Krankheit, gewissermaassen als etwas Neues und eigentlich doch nur eine Exacerbation des gewönlichen Zustandes, der sich bis dahin unserer Beobachtung entzog, wofern er nicht als Verschrobenheit, Verkehrtheit oder dergl. aufgefasst wurde. Bemerkenswerth ist stets der Egoismus, der ja auch einen Hauptbestandtheil des Wahnes ausmacht. Diese paranoische Constitution entwickelt sich nach und nach und kommt meist zur Zeit der Pubertät zum Ausbruch. Oft dauert es auch länger. Hin und wieder

Digitized by Google

kommt es gar nicht zu einer ausgesprochenen Geistesstörung, sondern die Verrücktheit läuft unausgesprochen umher, weil sie nicht eigentlich vitale Elemente ergriffen hat. Der Mensch ist verrückt aber noch weltläufig (Folie raisonnante). Oft tritt zwischendurch ein Delirium auf, das wieder verschwindet, aber die scheinbare Genesung betrifft nur dies Delirium, der paranoische Charakter bleibt. Das Delir ist ein wesentlicher Bestandtheil der Paranoia, bildet aber nicht das ganze Wesen derselben. Man kann sie auch diagnosticiren ohne das systematische Delirium. Während die Paranoia eine Grundform ist, ist das systematische Delirium nur eine symptomatische Gruppe und es kann sich daher auch da finden, wo keine eigentliche Paranoia vorliegt. Es bedingt daher an sich durchaus noch nicht die Diagnose der Paranoia, hierzu bedarf es vielmehr des degenerativen Ursprungs und Verlaufes. Das systematische Delirium findet sich bei einer Reihe anderer Formen, aber nur als Ausdruck der betr. Form, z. B. bei der Melancholie ist es ein melancholisches Delirium, das mit der melancholischen Verstimmung steht und fällt. Im Gegensatz hierzu ist dasselbe bei der Paranoia ein selbstständiges Gebilde, eine logische Folge des krankhaft veränderten Organismus. Bei der Manie sind die Wahnideen der einfache Ausdruck der Exaltation. Bei der Paralyse liegt der Unterschied weniger in der Natur der Delirien, als in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf. Bei der Paralyse auf inflammatorischer, bei der Paranoia auf constitutioneller Basis beruhend ist hier der Verlauf chronisch, dort acut: alles Momente, welche nicht dem Delirium, sondern der Krankheit angehören. Dasselbe ist mit dem alkoholischen Delirium der Fall, doch erscheinen hier die Beweise der Verff. nicht recht zutreffend. Das systematische Delirium ist daher nur ein Symptom und keine Krankheit, es hat demnach auch nur den Werth dieser Krankheit, ist heilbar in der Melancholie und Manie, unheilbar in der Paralyse und Epilepsie.

Nach der Auffassung der Verff. ist das Delir durchaus kein nothwendiger Bestandtheil und am allerwenigsten ein Haupterforderniss der Paranoia, im Gegentheil, die Paranoia besteht auch ohne das Delir und sie geht ihren eigenen Weg ohne diesem in allen seinen Phasen zu folgen. Da aber das Delir am meisten in die Augen fällt, so hat man sich gewöhnt, die Paranoia erst zu diagnosticiren, wenn es auftritt und von einer Heilung zu reden, wenn es verschwunden ist. Mit Unrecht, das Delir ist ein klinisches Symptom, das aber ebenso gut fehlen kann. Indem sich jedoch das Delir mit der Paranoia verbindet, wird es von dieser beeinflusst und da diese nun in einer „Verkehrtheit" der psychischen Fähigkeit, nicht aber in einer Aufhebung oder Schwächung derselben besteht, so gewinnt auch das Delir oft den Charakter des scheinbar Verständigen, wenigstens nicht Unmöglichen, des Begründeten und vernünftig Gewollten.

Ebenso häufig finden sich bei der Paranoia Hallucinationen. Dieselben sind ebenso wenig auf die Paranoia beschränkt, wie wir dies bei dem systematischen Delirium sehen, aber ebenso wie jenes, so erhalten sie durch die Paranoia einen bestimmten Charakter. Denn da in der Paranoia das Be-

Digitized by Google

wusstsein, wenn auch verändert, aber doch erhalten ist, so nehmen sie eine Bestimmtheit an und gewinnen eine Ueberzeugungstreue, die ihnen bei den anderen Psychosen mangelt. Sie begleiten das Delir oder rufen es ihrerseits hervor und verstärken es.

Eine Eintheilung der Paranoia nach dem Inhalte des Delirs hat wenig Sinn und ist auch schon deshalb unthunlich, weil das Delir fehlen kann und oft von Anfang an ein gemischtes oder unbestimmtes ist und ebenso oft (38 pCt.) im Verlaufe wechselt und sogar in ein entgegengesetztes übergeht.

Meist wiegen Verfolgungsideen vor. — Der reinste Ausdruck der Paranoia ist der Querulantenwahn, wo es zu keinem systematischen Wahne und zu keinen Hallucinationen kommt. Es fehlen hier die altruistischen Gefühle. Zuweilen treten auch im Verlaufe der Paranoia Zwangsvorstellungen auf und sie bilden eine Etappe auf dem Wege zu dem systematischen Wahne. Sie sind ebenso ein Symptom der Paranoia wie der systematische Wahn und die Hallucinationen. Forts. folgt.

Raggi, Ueber das degenerative Element in der Entstehung der primären Verrücktheit. — Arch. ital. per le mal. etc. Heft III u. IV anno 21.

Verf. nennt seine Abhandlung, welche sich weniger auf klinischem, wie auf kritischem Gebiet bewegt und für ein Referat nicht geeignet ist: klinische Berichtigungen. Er folgt der primären Verrücktheit, die er auf *Morel* zurückführt, durch die deutsche und französische Literatur und bemüht sich die Ansichten der verschiedenen Autoren, insofern sie in der primären Verrückheit eine degenerative Form erblicken, zu widerlegen.

Siemens, Absolute Carenz eines Paranoischen. — Neurol. Centralbl. No. 18.

Verf. der in einer früheren Arbeit die Sondenfütterung auf Zustände von längerer Bewusstlosigkeit und von Lähmungen im Bereiche der ersten Wege beschränkt wissen wollte, beschreibt die Krankheitsgeschichte eines Verrückten, der aus rein psychischen Gründen abstinirte und nach 12 Tagen mit der Sonde gefüttert wurde. Die Carenz war eine absolute, die Gewichtsabnahme betrug 14 kg, also pro Tag $1^1/_6$ kg. In den letzten Tagen trat Eiweiss im Urin auf, von dem man annehmen musste, dass es aus der Niere stammte.

Björnström, Ein typischer Fall von primärer Verrücktheit. — Hygiea 1883. XLV. — Ref. des Neurol. Centralbl. No. 13.

Der vom Verf. mitgetheilte Fall betrifft einen zur Zeit der Aufnahme im Stockholmer Hospitale (28. Dec. 1881) 39 J. alten Telegraphenassistenten, der den Entwickelungsgang seiner Krankheit selbst mit äusserster Genauig-

Digitized by Google

keit und Ausführlichkeit niedergeschrieben hat. Pat. war vorher ganz gesund gewesen und in allen seinen Arbeiten äusserst genau und gewissenhaft, keines seiner Eltern war geisteskrank. Seine Gewissenhaftigkeit war übertrieben und ging zur Scrupulosität, und hieraus entwickelten sich pedantische Grübeleien über mögliche Fehler und Versäumnisse im Dienste, Verfolgungsideen, erst unter der gelinden Form, dass er Gegenstand der Nachforschung und Spionirung von Seiten seiner Kameraden und Vorgesetzten sei, später übergehend in den Verdacht, dass Andere sich ungehöriger Weise in seine Gedanken oder in seine privatesten Angelegenheiten mischten. Auf der anderen Seite zog diese Scrupulosität ein immer mehr vermindertes Selbstvertrauen nach sich, Unsicherheit und Aengstlichkeit, nichts recht zu machen und nicht recht zu handeln, quälenden Zweifel über eigene Kraft, Tauglichkeit und Ordentlichkeit, der in wirkliche Zweifelsucht ausartete. Erst nach 3 Jahren stellten sich Gehörshallucinationen ein, das erste Mal in Folge davon, dass er während eines Selbstgesprächs seine eigene Antwort objectivirte und sie von einer Frauenstimme im Nebenzimmer aussprechen hörte. Seit der Aufnahme vermehrten sich die Hallucinationen und nahmen die Form von Kinderstimmen an, die ihn beständig verfolgen, sich in seine Gedanken mischen und ihn verwirrt machen und oft in Angstzustände versetzen. Diese Stimmen haben für ihn volle Realität; weit entfernt davon, auf die Erklärung des Arztes, dass sie subjectiver Natur seien, einzugehen, benutzt sie Pat. als Ausgangspunkt einer ganz sinnreichen spiritistischen Theorie über das Dasein von Geistern und ihr Vermögen sich auf Entfernungen zu versetzen. Seine Stimmung ist dabei so freundlich und gutmüthig, dass alle diese Leiden, die er von den Wesen, von denen nach seiner Meinung die Stimmen ausgehen, herleitet, nicht vermocht haben, ihm Bitterkeit gegen diese Wesen beizubringen, er betrachtet diese Wesen nicht als Feinde, sondern als Freunde. Gesichtshallucinationen hat. Pat. bis zur Zeit der Mittheilung noch nicht gehabt, obwohl er deren Möglichkeit nach seiner spiritistischen Theorie deducirt, dagegen beschreibt er eine Gefühlshallucination, die er einmal in einer grossen Zehe gehabt hat. Das merkwürdigste und interessanteste psychopathologische Phänomen bei dem Pat. sind seine intensiven Zwangsgedanken, die er selber als solche auffasst und gegen die er unablässig ankämpft. Eine besondere Art von Zwangsvorstellungen treten bei dem Pat. in Form von „Gegengedanken“ auf; es drängen sich ihm die Gedanken auf, dass etwas möglicher Weise das Entgegengesetzte von dem sein kann, wofür er es wirklich hält. Eine andere Art von Gegengedanken leitet ihn auf die Unrichtigkeit seiner Zwangsvorstellungen. Trotz alledem sind die intellectuellen Kräfte des Pat. noch ungewöhnlich gut; er besorgt alle Aufträge mit der grössten Ordnung und Pünktlichkeit und versieht verschiedene Dienste im Hospital, in seinen Musestunden arbeitet er noch, meist Reformvorschläge behandelnde Aufsätze aus den verschiedensten Fächern in Masse aus. Im Allgemeinen ist sonst seine Stimmung gut, nur mitunter bereiten ihm seine Gehörshallucinationen

Digitized by Google

Kummer, und die Furcht, jemandem mit ungerechten Worten zu nahe zu treten, hat ihn etwas menschenscheu gemacht. — Es handelt sich also in diesem Falle um primäre Verrücktheit mit Zwangsvorstellungen und Hallucinationen und zwar ist die Verrücktheit deutlich primärer oder originärer Natur.

***Moreau de Tours*, Ueber die Anwendung des Haschisch bei Psychosen. — Atti del quart. congr. della soc. fren. ital. 1883.**

Moreau (Sohn) giebt in der vierten Versammlung der italienischen Irrenärzte Mittheilung von Versuchen, die er in der Salpetrière mit Extr. cannabis ind. angestellt hatte. Schon früher hatte sein Vater auf die vorzüglichen Eigenschaften dieses Mittels aufmerksam gemacht, war aber nicht recht damit durchgedrungen. Er glaubt in der Eigenschaft des Haschisch, eine Art maniakalischen Deliriums mit der Empfindung der Freude und des Wohlbehagens hervorzurufen, ein wichtiges Mittel gegen melancholische Verstimmung gefunden zu haben und wundert sich, dass man es nicht allgemeiner anwendet. Dadurch dass man trotz der maniakalischen Erregung und des Verlustes der Gewalt über seine Handlungen doch seiner Ideen und der Sonderbarkeit derselben bewusst bleibt, wird die kranke Psyche allmälig in die gesunde übergeleitet.

Er führt nun 4 kurz skizzirte Fälle an:

I. Mädchen von 20 Jahren. Melancholia cum stupore wird anfangs mit Morphiuminjectionen behandelt und bekommt nach 3 Wochen 0,25 Extr. alc. aqu. cannab. ind. 2 mal täglich. Nach 3 Wochen wird sie geschwätzig, heiter, beweglich, endlich lacht und weint sie und wird erotisch. Im Febr. (nach 5 Monaten) wird das Extr. cannab. ausgesetzt und Patientin im April genesen entlassen.

II. Frau von 36 Jahren. Stupor nach einem hysteroepileptischen Anfall. Sie erhält sofort Extr. Cannab. Nach 3 Tagen stellt sich Ameisenkriechen, Müdigkeit ein, dann wird die Kranke exaltirt und geschwätzig, glücklich und zufrieden und kann nach 3 Wochen genesen entlassen werden.

III. Frau von 50 Jahren. Melancholie mit Selbstmordtrieb. Sie leidet an Störungen des Allgemeingefühls, welche schon verschiedene Tentam. suicid. veranlassten. Die Kranke ist sich ihrer Lage bewusst. Nachdem Morphium ohne Erfolg geblieben, erhält sie October 1882 Extr. cannab., nach dessen 10tägiger Anwendung sie etwas lebendiger wird. Von da an scheint die Besserung nur langsame Fortschritte zu machen. Sie nimmt das Mittel bis Juni 1883 und befindet sich jetzt auf dem Wege der Genesung.

IV. Frau von 35 Jahren, Verfolgungswahn, zeitweise stumm. Erkrankung in der Zeit der Entwöhnung der Kinder; 2 Tage nach der Aufnahme in die Anstalt Extr. cannab. Bald darauf tritt Besserung ein und kann Pat. genesen entlassen werden.

Auf Grund der angeführten Krankengeschichten empfiehlt *M.* das Mittel zu weiteren Versuchen.

Digitized by Google

Andrews, Bericht über neue Arzneimittel. — J. of Ins. 1884.

Paraldehyd.

Verf. erwähnt verschiedene Angaben amerikanischer Autoren über Paraldehyd, die nichts Neues enthalten und geht dann zu seinen eigenen Versuchen über. Er führt 9 Fälle an, wo er das Mittel experimentell gab, um es auf seine physiologische Wirkung zu prüfen und 10 Fälle, wo er es aus therapeutischen Rücksichten anwandte. Bemerkenswerth sind die hohen Dosen. Gewöhnlich gab er 3,75, stieg aber bis auf 11,0. Physiologisch erzielten selbst letztere Dosen nicht mit Sicherheit Schlaf und ähnelten in ihrer Wirkung einem Stimulanz in narkotischer Dosirung. Die Wirkung kleinerer Dosen trat 30—45 Minuten nach der Anwendung ein. Zuweilen folgte Uebelkeit, der Geschmack ist abscheulich, nicht zu verdecken und wird nach des Verf. Ansicht der allgemeinen Anwendung des Mittels im Wege stehen, um so mehr, als es vor anderen Schlafmitteln Nichts voraus hat. Vielleicht wird seine antiseptische Wirkung zu verwerthen sein.

Nitroglycerin oder Glonoïn.

Das Nitroglycerin wurde hauptsächlich von englischen Aerzten angewandt und empfohlen bei Angina, Herzschwäche, Herzerweiterung, bei Klappenfehlern, Gefässerkrankungen, Albuminurie, Asthma, Migräne, Epilepsie und verschiedenen Geistesstörungen. Es bewirkt Röthung des Gesichtes, klopfende Carotiden, Gefühl von Hitze und Benommenheit, zuweilen heftiges Kopfweh. Der Puls ist beschleunigt, die Herzaction verstärkt. Das Gefässsystem wird erweitert und dadurch das Herz in seiner Action entlastet. Dem entsprechen die sphygmographischen Ergebnisse. — Verf. versuchte dann das Mittel bei einigen Blödsinnigen mit starken Stasen, die letzteren brachte er momentan zum Verschwinden, einen Einfluss auf die Psyche beobachtete er nicht. Ebenso wenig Erfolg hatte das Glonoïn bei Melancholie, während bei 4 Epileptischen die Anfälle der Art zunahmen, dass von einer Weiterreichung des Mittels Abstand genommen werden musste. Verf. schlägt daher die Wirkung des in Rede stehenden Mittels nur gering an.

Jamaica Dogwood (Piscidia Erythrina).

Gegenüber den Lobreden, wonach die Erythrina das Opium zu ersetzen geeignet wäre, kommt Verf. zu wenig ermuthigenden Resultaten. Physiologisch erzielte er überhaupt keine Wirkung. Klinisch erwies sich Erythrina als ein sehr unsicheres Schlafmittel und zwar erst in Dosen von 5,0—7,0 des flüssigen Extractes. In diesen Dosen aber erzeugte es Uebelkeit. Bei der Schlaflosigkeit der Geisteskranken blieb es meist ohne Erfolg, vielleicht erweist es sich von Nutzen bei solchen Fällen von Hysterie und Geistesstörung, wo Opium contraindicirt ist.

Digitized by Google

Kéraval, **Ueber die Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskranken. — Annal. méd. psych. Sept.**

Der Vortrag enthält eine summarische Darstellung der in Deutschland schon früher bekannten Wirkung des Paraldehyds und ausserdem die eigenen Untersuchungen des Vortragenden aus dem nichts Neues zu entnehmen ist. Die Versuche wurden mit deutschem Paraldehyd angestellt.

Benda, **Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld. — Neur. Centralbl. No. 12.**

Bestätigung der in anderen Anstalten gemachten Versuche. Die angewandte Dosis betrug 2,0—8,0. Der Erfolg war in vielen Fällen ein befriedigender. Oft trat eine Erhöhung des Appetits ein. Unangenehme Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Gewöhnung an das Mittel ist eine ziemlich starke.

---

7. Circuläre Psychosen und Gefangenschafts-Irresein.

Vacat.

---

8. Progressive Paralyse und Psychosen mit Syphilis. Referent: Kirn-Freiburg.

Descourtis, **Kräftezustand bei den Paralytikern. — L'Encéphale No. 1.**

Ein augenfälliges Symptom der allgemeinen Paralyse besteht in einer fortschreitenden Abschwächung der Kräfte; ausnahmsweise aber besteht im Anfang der Krankheit eine Steigerung der Muskelkraft oder wird eine solche vorgetäuscht.

Die exacte Untersuchung dieser Abschwächung bietet hohes Interesse. Die Prüfung geschieht am besten mittelst des Dynamometer von *Mathieu* Dabei sind aber Fehlerquellen zu vermeiden, welche theils im Instrumente liegen (deshalb Benutzung stets des gleichen Instrumentes mit vergleichender Untersuchung bei Gesunden), theils im untersuchten Individuum (entweder

Digitized by Google

durch die Ungeschicklichkeit oder Ungewohntheit oder durch die Krankheit bedingt).

Auf Grund von zahlreichen an 54 männlichen Paralytikern in einem Zeitraum von 7 Jahren vorgenommenen Untersuchungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1. Die Kräfte der Paralytiker sind am häufigsten seit dem Beginne der Erkrankung herabgesetzt; Ausnahmen machen nur robuste Individuen ohne motorische Störungen. Der Druck ergiebt durchschnittlich rechts eine Herabsetzung von 54,3 auf 34,7, links von 47,1 auf 30,2.

2. Gewöhnlich vollzieht sich die Abschwächung auf beiden Seiten einigermaassen proportionell, mehr aber zu Ungunsten der rechten Seite.

3. Der Abfall der Kräfte folgt keinem continuirlichen Fortschritte, vielmehr unter beständigen Schwankungen. Nur nach epilepti- und apoplectiformen Anfällen folgt ein rapider Abfall, der sich allmälig, aber nicht mehr zur alten Höhe, ausgleicht.

4. Rascher Abfall der Kräfte bedeutet einen Krankheitsfortschritt.

5. Grössere Differenzen zwischen beiden Seiten bedeuten eine Verschiedenheit des Grades der Erkrankung in beiden Hemisphären des Gehirns.

6. Die Unreinlichkeit der Kranken steht in durchaus keinem Verhältniss zu der Höhe ihrer Muskelkräfte.

7. Während des Verlaufes einer allgemeinen Paralysis fortgesetzte dynamometrische Untersuchungen vermögen Complicationen aufzudecken und dadurch die prophylactische und symptomatische Therapie zu fördern.

(2 graphische Tafeln beleuchten die Thesen.)

***Bianchi*, Sehnenreflexe in der progressiven Paralyse. — Quart. congress. della societa freniatrica italiana. 16.—22. Sept. 1883.**

Da über die Sehnenreflexe der Paralytiker sehr verschiedenartige und sich widersprechende Behauptungen aufgestellt wurden, hat Verf. über dieselben eine neue Serie von Untersuchungen angestellt, welche sich auf 26 Patienten erstreckend folgende Resultate ergaben.

Die Sehnenreflexe sind im Anfange der Krankheit am häufigsten gesteigert (durch diesen Nachweis kann im Initialstadium bei noch fehlender Sprachstörung die Diagnose gesichert werden), die Steigerung nimmt im weiteren Verlaufe ab und macht später einer Abschwächung Platz.

Die Abschwächung und Steigerung sind durchaus nicht auf Degeneration bestimmter Stränge des Rückenmarks zurückzuführen.

Die Statistik von 26 Kranken führte zu folgenden Zahlen: Bei gleichzeitiger Untersuchung war der Sehnenreflex 10 mal gesteigert, 6 mal normal und 10 mal abgeschwächt. Dagegen war bei der Untersuchung im ersten Krankheitsstadium das Phänomen in 15 Fällen gesteigert, in 6 normal und nur in 5 abgeschwächt.

Digitized by Google

***Girma*, Physiologische und therapeutische Wirkung des Ergotin bei Congestivzuständen in der allgemeinen Paralyse. — L'Encéphale No. 2.**

Gegen die anatomischen Läsionen der allgemeinen Paralyse, welche im Wesentlichen in einer Wucherung der Neuroglia besteht, die im fortschreitenden Grade die Ganglienzellen des Gehirns alterirt und zerstört, ist die Therapie ohnmächtig. Wir müssen uns mit symptomatischem Vorgehen begnügen, namentlich gegen die gefahrdrohenden Circulationsstörungen anzukämpfen suchen; denn die Gehirncongestionen beschleunigen den Krankheitsverlauf, sie vermitteln Aufregungszustände, Delirien, Convulsionen und Lähmungen. Man behandelt diese Zustände in der Regel mit Bromkalium, Ableitungen auf Haut und Darm, mit Kälte auf den Kopf — oft ohne Erfolg.

Girma hat das Ergotin zur Bekämpfung dieser Congestivzustände in Frankreich in die Therapie eingeführt (in Deutschland schon längst empfohlen und angewandt! Ref.), weil es die Circulation verlangsamt, den Puls regulirt und abschwächt; es wirkt auch contrahirend auf die Capillaren und vermindert dadurch den Blutzufluss, namentlich auch im Gehirn und Rückenmark.

Verf. theilt 8 Beobachtungen mit, in welchen das Ergotin zur Bekämpfung von mehr oder minder heftigen und andauernden Congestivzuständen bei Paralytikern angewandt wurde — und zwar in der Regel mit günstigem Erfolg — Regulirung der Circulation, Verlangsamung des Pulses, Zurücktreten der Congestiverscheinungen und der Aufregungszustände, Besserung der somatischen Störungen, Abhaltung schwerer apoplecti- und epileptiformer Anfälle. In zwei seiner Fälle will der Autor Genesung erzielt haben, in welchen, wie er annimmt, noch keine schweren Gewebeveränderungen vorhanden waren; er leitet daraus den Schluss ab, dass dieses günstige Resultat dann erreichbar sei, wenn es sich wie im prodromalen Krankheitsstadium, wesentlich nur um die Bekämpfung der bis dahin allein bestehenden Hyperämien handle; während die Erfolge in einem späteren Stadium, in dem bereits tiefere Läsionen gesetzt seien, nur palliativ sein könnten.

Von den durch das Mittel gefürchteten Nachtheilen tritt Obstipation nicht und Amenorrhoe wahrscheinlich nicht ein; bei Störungen der Sensibilität und Motilität sowie beim Eintritt heiterer Delirien genügt es, die Dose zu vermindern.

Verf. resümirt: Ergotin, mit Consequenz in Dosen von 0,5—6 pro die angewandt, bekämpft die Hirnhyperämie und die durch dieselben gesetzten Functionsstörungen.

Im Initialstadium verabreicht scheint es der Degeneration vorzubeugen und kann dadurch zur Heilung führen.

In einer vorgeschrittenen Periode ist es ein mächtiges Sedativum,

Digitized by Google

welches die vasomotorischen Anfälle hintanhalten oder wenigstens mindern kann.

Es regelt die Verdaungsfunctionen der Paralytiker und setzt nicht die erwartete Verstopfung.

In Dosen von 2—4 g, 3 bis 4 Monate lang fortgesetzt, scheint es nicht die Erscheinungen des Ergotismus im Gefolge zu haben.

***Christian*, Schwierigkeiten in der Diagnose der allgemeinen Paralyse (Fortsetzung). — Annales médico-psychologiques. Mars et Mai.**

II. Eine zweite Kategorie chronisch Gestörter bot eine Zeit lang Erscheinungen der allgemeinen Paralyse, welche Erscheinungen z. Z. vollkommen geschwunden sind. Diese Kranken zeigen keine besondere Störungsform, sie leiden theils an Blödsinn, theils an chronischer Manie, theils an Verfolgungswahn.

1. Blödsinn. Ein Officier zeigt bei der Aufnahme in die Anstalt Blödsinn mit Grössenwahn und Sprachstörung. Alsbald cessiren die beiden letzten Erscheinungen; seit 14 Jahren besteht einfacher Blödsinn mit Epilepsie. Aehnlich zeigt ein gleichfalls als „paralytisch" aufgenommener Kaufmann bald nur Dementia und epileptische Convulsionen. Ein Uhrmacher, anfangs für paralytisch gehalten, bietet seit mehr als 20 Jahren nur einfachen Blödsinn. Analog lauten 3 weitere Beobachtungen. Alle genannten Kranken zeigten in der Folge nicht die geringsten an allgemeine Paralyse erinnernden Erscheinungen.

2. Verfolgungswahn. Zwei Kranke hatten bei der Aufnahme die Erscheinungen der allgemeinen Paralyse geboten, der Eine namentlich Aufregung mit Grössenwahn, der Andere Exaltationszustand mit Sprachstörung, während Beide in der Folge das typische Bild des „Verfolgungswahns" ohne alle motorischen Störungen zeigten.

3. Chronische Manie. Gleichfalls zwei Beispiele von Kranken, bei welchen anfangs die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt wurde, während die viele Jahre fortgesetzte weitere Beobachtung uncomplicirte chronische Manie ergab.

Sicher ist in allen aufgeführten Fällen eine irrthümliche Diagnose gestellt worden, aber nicht aus mangelhafter Beobachtung oder Deutung — sondern „weil die Zeichen der allgemeinen Paralyse in der That vorhanden waren". Hieraus folgt: „Geistesgestörte können während einer gewissen Zeit alle Erscheinungen der allgemeinen Paralyse bieten, ohne wirklich allgemeine Paralytiker zu sein!" Ja! „Es giebt keine Gehirnaffection, welche nicht vorübergehend das Bild der allgemeinen Paralyse bieten könnte!" (Die Aufstellung derartiger Thesen scheint Ref. im Interesse der weiteren Ausbildung der Diagnostik höchst bedenklich!)

III. Remissionen und Heilungen.

Gewohnt die allgemeine Paralyse, charakterisirt durch geistige Ab-

Digitized by Google

schwächung, Wahnvorstellungen und Bewegungsstörungen, auf eine diffuse entzündliche Gehirnerkrankung zurückzuführen, konnte man nicht an Heilung, sondern nur an Fortschritt des Leidens bis zum letalen Ausgang denken. Neben dieser Regel giebt es aber auch Ausnahmen. Es können, namentlich in Folge intercurrenter Krankheiten oder langer Eiterungen, Remissionen eintreten. Gewöhnlich schwindet das Delir, während die geistige Schwäche mit oder ohne motorische Störungen zurückbleibt — „Zurücktreten functioneller Störungen beim Andauern der organischen Läsionen".

Bei der Heilung dagegen handelt es sich um eine vollständige Wiederherstellung der geistigen Kräfte, so dass der Genesene die gewohnten geistigen Arbeiten wieder vollkommen aufnehmen kann und sich oft auf viele Jahre hinaus einer ungetrübten geistigen Gesundheit erfreut.

Verf. theilt vier Fälle von Genesung mit, welche aber nicht hinlänglich beweiskräftig sind, weil in keinem derselben die geschilderten Symptome genügen, um eine bestimmte Diagnose auf Dem. paralyt. zu stellen.

Chr. hält alle Diejenigen für genesen, welche im Stande sind das Leben, das sie vor der Erkrankung geführt, wieder aufzunehmen; er betrachtet ein späteres Wiederauftreten der paralytischen Symptome für eine neue Erkrankung, für einen Rückfall.

Dabei hält Verf. die Frage zunächst für unlösbar, wie es sich unter solchen Umständen mit den anatomischen Veränderungen verhalte; ob dieselben nur „Reizungszustände" seien, welche einer Rückbildung fähig sind, oder ob trotz bleibender anatomischer Veränderungen eine wirkliche Genesung möglich sei?

IV. Der Begriff der allgemeinen Paralyse ging früher viel weiter, indem alle Psychosen, welche Grössenwahn, oder irgend welche motorische Störungen zeigten, demselben subsumirt wurden.

Die fortgesetzte Beobachtung liess die klassische Form der Paralyse ausscheiden, gekennzeichnet durch ein präcises Symptomenbild, einen geregelten Verlauf und einen charakteristischen anatomischen Befund. Wohin nun mit den Krankheitszuständen, welche einige Zeit dem Bilde der allgemeinen Paralyse gleichen? Man sprach von „Folies congestives", von „Pseudoparalysies générales". *Baillarger* hat gegenüber der unitären eine dualistische Theorie aufgestellt; er unterscheidet „Démence paralytique", für welche nur Blödsinn und Lähmung charakteristisch ist und „Folie paralytique", welche Grössenwahn oder hypochondrisches Delirium zumeist in Verbindung mit musculärer Ataxie zeigt. *Christian* will dagegen den Grössenwahn als ein charakteristisches Symptom der allgemeinen Paralyse aufrecht erhalten, dagegen die fraglichen Krankheitszustände je nach dem Vorhandensein oder Fehlen einer Periencephalitis eintheilen in „Paralysie générale vraie" und in „Folie paralytique" oder „paralytiforme". (Aehnlich wie man neben der echten Epilepsie — epileptiforme Krankheiten unterscheide.)

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

***Régis*, Schwierigkeiten in der Diagnose der allgemeinen Paralyse. Annales med. psychol. Mars.**

Sehr weitschweifiger polemischer, an Dr. *Christian* gerichteter Brief, in welchem anknüpfend an einen früheren Theil des obigen Aufsatzes, die wohl für viele aber doch nicht für alle Fälle wichtige These verfochten wird, dass ein wichtiger differentieller Unterschied zwischen dem Exaltationsstadium der allgemeinen Paralysie und dem der Folie circulaire im Charakter des Kranken liege. Der Erstere sei wohlwollend und zärtlich, grossmüthig und freigebig, mit einem Worte „expansiv"; der Letztere spöttisch und sarkastisch, abweisend und drohend.

***Goldsmith*, Ueber einige frühzeitige Symptome der allgemeinen Paralyse. — Archives of medecine de New-York; Referat in Archives générales de Médecine. Juin.**

Verf. zieht aus seinem, durch Beobachtungen gestützten Aufsatze folgende Schlüsse:

1. Der charakteristische Symptomen-Complex der allgemeinen Paralyse ist nur ausnahmsweise in ihrem Beginne nachzuweisen. Dies muss der Praktiker bei der enormen Wichtigkeit einer möglichst zeitigen Diagnose wissen.

2. Die psychischen und somatischen Störungen kommen meist gleichzeitig zum Ausbruch. Die Fälle, welche im Anfang keine psychischen Störungen zeigen, müssen als zweifelhaft betrachtet werden.

3. Das häufigste und frühzeitigste motorische Symptom besteht in einer Störung der Wortbildung.

4. Die Aenderungen in der Pupillenweite und die Störungen in den unteren Extremitäten sind minder häufig und minder bedeutungsvoll, als man gewöhnlich lehrt; die Pupillenphänomene sind im Beginne selten, in der ausgebildeten Krankheit häufig.

5. In 25 pCt. der Fälle ist der Patellarreflex erhöht. Die Feststellung dieses Symptoms ist von der grössten diagnostischen Wichtigkeit, dagegen gestattet seine Abwesenheit keinerlei Schlüsse in Bezug auf die Krankheit zu ziehen.

6. Hallucinationen und Sinnesstörungen treten im Prodromalstadium nur ausnahmsweise auf. (Verf. beobachtete einmal Gehörs-, einmal Gesichts-Hallucinationen. Dagegen hat er — entgegen *Voisin*'s Angabe — niemals Geruchsstörungen in diesem Stadium auffinden können.)

7. Es ist von capitaler Wichtigkeit, bei einem Kranken, welcher Gehirnsymptome bietet, mit Sorgfalt die Antecedentien zu erforschen; in der That hat Verf. in 20 pCt. seiner Fälle als die ersten Symptome convulsive und Schwindelanfälle nachgewiesen.

8. Entgegen der verbreiteten Annahme, dass das Gefühl des Behagens und der Grössenwahn habituelle psychische Symptome seien, giebt Verf. an, diese Erscheinungen unter vier Fällen nur einmal beobachtet zu haben;

Digitized by Google

während die geistige Leistungsfähigkeit von Anfang an — unter der Form einer Herabsetzung — in Mitleidenschaft gezogen ist.

***Luys,* Statistische Ermittelungen zum Studium der pathogenen Bedingungen der allgemeinen Paralyse. (L'Encéphale No. 6.)**

Verf. erhofft einen grossen wissenschaftlichen Gewinn von einer exacten Statistik, namentlich auch von der genauen Erforschung der persönlichen und familiären Verhältnisse der in seiner Behandlung gestandenen Paralytiker (140 Fälle der hohen Gesellschaftsklasse angehörig).

Die Resultate seiner Beobachtung sind folgende:

1. Das mittlere Lebensalter beträgt 43 Jahre beim Mann, 40 bei der Frau (die Extreme waren 27 und 61 Jahre).

2. Geschlecht: 136 Männer auf 4 Frauen (bei den niederen Volksklassen ist die Differenz weit geringer!).

3. Körpergrösse: 39 pCt. unter mittlere, 57 pCt. mittlere, 3 pCt. über mittlere. Das Gehirn der Kleinen soll kleiner und deshalb minder widerstandsfähig sein. (? R.)

4. Familienstand: 42 pCt. ledig, 58 pCt. verheirathet. Die relativ grosse Zahl Unverheiratheter sei auffallend, es handle sich um Menschen, die das Leben nicht richtig verständen, theils aus Unfähigkeit den Kampf ums Dasein zu führen, theils in Folge von Hemmung ihrer natürlichen Entwicklung.

5. Die Fruchtbarkeit der Ehen der Paralytischen ist im Allgemeinen gering; 34 pCt. der Fälle *L.*'s war ganz steril. In den fruchtbaren Ehen belief sich die durchschnittliche Zahl der Kinder nur auf 1,50. Rechnet *L.* die grosse Zahl der ledig bleibenden mit denen, welche unfruchtbare Ehen schliessen zusammen, so findet er nicht weniger als 61 pCt. seiner Paralytiker, welche keine ehelichen Nachkommen hinterliessen.

6. Die Nachkommen der Paralytiker sind in der überwiegenden Majorität der Fälle unregelmässig ausgebildet, ebenso wohl in körperlicher, als in geistiger Hinsicht. Man findet langsame körperliche Entwicklung, Hemmungsbildungen, allgemeine Ernährungsstörungen u. A. m.; ferner unregelmässige geistige Begabung, gemüthliche Gleichgültigkeit und hohe Erregbarkeit, nervöse Zustände aller Art; aber auch Schwachsinn bis ausgesprochenen Idiotismus. Die Wenigen, die sich im späteren Leben auf eine höhere Stufe emporschwingen, zeigen neben glänzenden intellectuellen Eigenschaften zumeist mehr oder minder ausgesprochene moralische Anästhesionen.

7. Unter den Vorfahren ist der krankhafte Einfluss von Seiten der Mütter häufiger; man findet bei diesen bald krankhafte Reizbarkeit, bald geistige Abschwächung, bald excentrisches oder bizarres Wesen; gleichzeitig körperliche Hässlichkeit (? R.).

8. Die Geschwister sind sehr häufig eigenthümlich geistig gekennzeichnet. Die Brüder bald Sonderlinge, bald Alkoholisten, bald Hetzer und Process-

Digitized by Google

krämer, bald geistige Schwächlinge. Die Schwestern hysterisch oder romantisch u. dgl. — aber auch oft klein und hässlich! Neben diesen werden aber auch glänzende Ausnahmen mit hervorragenden geistigen und gemüthlichen Eigenschaften beobachtet.

Auf Grund geschilderter Erhebungen kommt Verf. zu dem Schlusse, die Dementia paralytica sei keine acut überkommene Krankheit, sondern der letzte Ausdruck einer langen Vorbereitung. Sie hat entfernte Wurzeln in der Vergangenheit und in der aufsteigenden Linie des Individuums, sie findet einen mehr oder minder langen Wiederhall in seiner Nachkommenschaft.

Seit der Geburt trägt das Individuum den Keim in sich, paralytisch zu werden. Es hat von seinen Eltern, namentlich von seiner Mutter eine angeborene Schwäche und eine Neigung zu Gehirncongestionen ererbt. Seine physische Entwicklung ist unvollständig, seine Körpergrösse gering. Sein Nervensystem bleibt auf einer niederen Stufe der Widerstandsfähigkeit stehen. Es kann unter den günstigen Verhältnissen eines ruhigen Lebens, das keine besondere Anforderungen an seine Leistungsfähigkeit stellt, die gefahrdrohende Klippe vermeiden. Wird es aber lebhaft vom Kampfe ums Dasein erfasst, ist sein Gehirn in ständiger Activität, so braucht es sich rasch auf. Nun tritt Schlaflosigkeit ein; das Gedächtniss lässt nach, die geistige Kraft stumpft sich ab. Kommt hierzu noch Alkohol- und Tabakmissbrauch, geschlechtlich excessives Leben u. dgl. m., so kann der Mensch seine fliehenden Nervenkräfte nicht mehr ersetzen, das von Hause aus schwache Gehirn muss unterliegen.

Die angeborene Neigung zu Gehirncongestionen muss unter solchen Umständen verhängnissvoll werden; es entsteht ein andauernder Erethismus der Gehirnzellen und schliesslich eine Verödung derselben, damit Schwund der geistigen Activität und der physischen Kräfte.

Somit ist das Auftreten der allgemeinen Paralyse nicht die Folge zufälliger Einwirkungen, sondern ihre Entwicklung geht auf mehrere Generationen zurück; sie bedarf dann nur günstiger äusserer Einflüsse, um nicht allein das Individuum zu befallen, sondern auch seine Nachkommenschaft zu degeneriren.

Hitzig, **Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. — Berliner klin. Wochenschrift. No. 34.**

Obwohl die Aufmerksamkeit schon von verschiedener Seite auf die im Verlaufe der allgemeinen Paralyse vorkommenden abnormen Temperaturen gerichtet worden ist, so sind doch die Ansichten hierüber noch keineswegs geklärt. Verf. giebt folgenden Ueberblick über das gesammte ihm vorliegende Material:

Excessives Absinken der Temperatur findet sich am häufigsten bei der Paralyse und den ihr klinisch verwandten Störungen, namentlich

Digitized by Google

den senilen Psychosen; bei anderen Formen nur dann, wenn eine allgemeine Ernährungsstörung bei gleichzeitig gesteigerter Wärmeabgabe vorliegt, was zwar bei erstgenannten Krankheiten auch stattfinden kann, aber keineswegs stattfinden muss.

Ausserdem besteht öfter eine eigenthümliche Beziehung zu den paralytischen Anfällen. Diese sind aber nicht immer (wie *Krömer* annimmt) von Temperatursteigerung begleitet, ebenso wenig ist es Regel, dass die Temperatur vor dem Anfalle absinkt.

In jenen Fällen von Paralyse, in welchen (bei acut ablaufenden Vorgängen) subnormale Temperaturen vorhanden sind, kommen

1. Erstaunliche Sprünge der Temperatur ohne paralytische Anfälle vor. (Beispiel mit Schwanken zwischen 31,6 und 38,2.)

2. Das Absinken der Temperatur kann dem paralytischen Anfalle um Stunden oder Tage vorangehen. Während des Anfalls steigt aber die Temperatur, trotz mancherlei Schwankungen, nicht wieder auf die normale Höhe oder darüber hinaus. (Beispiel — vor dem Anfall Sinken auf 32,0°, Tod nach 3 Tagen unter wiederholten Krämpfen, ohne dass 33,0° wieder erreicht worden wäre.)

3. Das Absinken geht dem paralytischen Insult eine kürzere oder längere Zeit voraus; während der Anfälle steigt die Temperatur dann mit grösseren oder geringeren Schwankungen mehr oder weniger hoch, um entweder normal zu werden, oder bis zum Tode hoch zu bleiben, oder nochmals tief abzusinken. (Beispiel 1: $2^1/_2$ St. vor dem Anfall 37,4, im Beginne desselben 36,7; dann unter wiederholten Anfällen Ansteigen auf 38,6. Beispiel 2: Nach intensivem Toben Temperatur von 31,0, folgenden Tags 34,2, dann eine Reihe von Anfällen, Steigen der Temperatur, welche aber erst am dritten Tage die Norm überschritt, bis 39,4. Die folgenden Tage unter Schwankungen Abfall 32,0, weiterer Abfall mit folgendem Krampfzustand, endlich am 9. Tage Tod bei 25,0.)

Epikrise: Greifbare anatomische Veränderungen des Centralnervensystems können zur Erklärung dieser Beobachtungen nicht herangezogen werden. In einer Anzahl von Fällen spielt Herzschwäche eine Hauptrolle (Fettherz, Puls von 40—50 leer und klein); in Folge der verlangsamten Circulation muss die Wärmeproduction in den Organen sehr Noth leiden. Möglicher Weise ist mangelhafte Versorgung des Gehirns mit noch dazu abgekühltem Blute auch die Ursache des Krampfanfalles. Allein die Herzschwäche ist nicht in allen Fällen nachzuweisen und kann auch ebenso wohl Folge als Ursache der Abkühlung sein. Deshalb wird man auch die Möglichkeit einer ursächlichen Affection der regulatorischen Centralapparate im Auge behalten müssen, namentlich an irgend eine Einwirkung von Seiten des bei der Paralyse und ähnlichen Affectionen notorisch erkrankten Grosshirns auf die Gefässcentren des Hirnstamms und Rückenmarks de müssen — wofür hinlänglich Analogien vorhanden sind. Dagegen die bisherigen Experimental-Untersuchungen noch keine Ergebnisse g welche diese complicirten Verhältnisse beleuchten könnten.

Digitized by Google

***Reinhard*, Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen bei Menschen, nebst einigen Bemerkungen über Wärmeregulirung. Berliner klin. Wochenschrift No. 34.**

Verf. theilt 2 Fälle ausserordentlich niederer Körpertemperatur mit, welche beide Paralytiker betrafen, bei denen nach anhaltender tobsüchtiger Erregung plötzlich Collaps mit Temperatursenkung bis 22,6 ° resp. 22,5 ° C. im Rectum eintrat, der das einemal unaufhaltsam innerhalb 4½ Stunden zum Tode führte, im anderen Falle noch eine vorübergehende Erholung zu Stande kommen liess. Zugleich war die Respiration verlangsamt, in einem Fall fast bis auf die Hälfte, irregulär und arythmisch; Herzthätigkeit äusserst abgeschwächt und verlangsamt bis 30; Haut- und Sehnenreflexe sehr herabgesetzt, bis völlig geschwunden; Muskeln rigide; tiefe Somnolenz oder Lethargie.

Was war die Ursache dieses Collapses? Die bei den Patienten in Folge ihrer andauernden Aufregung gesetzte starke Abmagerung muss wohl mit berücksichtigt werden, indem in der That magere Menschen weit leichter als fette abgekühlt werden. Doch sieht hierin Verf. (entgegen *Zenker*'s Ansicht) nur ein secundäres, begünstigendes Moment. Er hält vielmehr die beobachtete tiefe Temperatursenkung für den directen Ausdruck einer Lähmung, resp. enormen Erschöpfung des Centralorgans; dieselbe beginnt erst, wenn der erschöpfte Körper nicht mehr im Stande ist, seine Eigenwärme gegenüber den Bedingungen der Aussenwelt constant zu erhalten. Der Collaps pflegt um so rascher und intensiver einzutreten, je weiter der krankhafte Process im Centralorgan bereits vorgeschritten ist und je länger und heftiger dasselbe durch die tobsüchtige Erregung mitgenommen worden ist. Höheres Lebensalter und früheres Potatorium sind begünstigende Momente.

Die Theorie der Wärmeregulirung beruht z. Z. auch auf Hypothesen; nur darüber einig, dass dieselbe von Centren abhängen muss, ist es noch keineswegs festgestellt, ob diese Centren specifische sind oder vasomotorische, oder ob Centren beiderlei Art dabei in Betracht kommen. Verf. hält, so lange die Existenz der specifisch thermischen Centren noch nicht sicher festgestellt ist, die thermischen Vorgänge für eng verknüpft mit den vasomotorischen, wenn nicht geradezu als eine der Aeusserungsweisen der letzteren. Was den anatomischen Sitz dieser Centren betrifft, so scheint das Gehirn überwiegend den Gefässtonus erhöhende, das Rückenmark vorherrschend herabsetzende zu besitzen, während in Pons und M. oblongata beide Arten in gleicher Stärke vorhanden wären.

***Ball*, Ueber die Erblichkeit bei der allgemeinen progressiven Paralyse. Vortrag beim internationalen med. Congress zu Kopenhagen. — Deutsche medicin. Wochenschrift No. 35.**

B stellt folgende Sätze auf: 1. Die directe Vererbung der allgemeinen Paralyse ist ziemlich selten. 2. Die Familien der Paralytiker bieten be-

Digitized by Google

sondere charakteristische Züge: Longävität, grosse Zahl von Kindern, geringe Häufigkeit eigentlicher Psychosen, dagegen sehr grosse Häufigkeit anderer Gehirnaffectionen, endlich erhebliche Mortalitätsziffer der kleinen Kinder. 3. Die Paralytiker erben also eine grosse Tendenz zu Gehirnaffectionen, welche sie zu der allgemeinen Paralyse prädisponirt. (Ein Theil dieser Sätze wurde von *Lunier* bestritten.)

***Rohmell*, Die Rolle der Syphilis bei der allgemeinen Paralyse (eodem loco).**

Die Syphilis ist in den Antecendentien der Paralytiker so häufig, dass ihr nothwendig eine Hauptrolle beim Zustandekommen des Leidens vindicirt werden muss. Die Primäraffection liegt stets um mehrere Jahre zurück und zeigt einen sehr günstigen Verlauf.

Die häufig gefundene Atheromatose der Gehirnarterien, ferner die Adhäsionen zwischen Gehirnhäuten und Gehirn deuten anatomisch auf den syphilitischen Ursprung. Da aber eine specifische Behandlung den Verlauf der Krankheit höchstens zu retardiren, nicht zu heilen scheint, so muss eine eigenthümliche Modification der Syphilis angenommen werden.

(Hierüber lebhafte Discussion.)

***Kiernan*, Dementia paralytica. — The Alienist and Neurologist. October.**

Die wichtigsten Anschauungen über die Bedeutung der Dementia paralytica sind folgende:

1. Die paralytischen Erscheinungen bilden eine Complication schwerer Psychosen.

2. Die allgemeine Paralyse stellt eine eigenartige Psychose dar.

3. Die psychischen Symptome bilden nur eine Complication der allgemeinen fortschreitenden Lähmung.

Eintheilung in verschiedene Stadien:

Prodromalstadium. Psychische Symptome:

Leichte Aenderung des Charakters, welche Verständige selbst wahrnehmen. Abnahme des Gedächtnisses, Mangel an Aufmerksamkeit, Interesselosigkeit für die Familie. Eigenartige Gefühle im Kopfe. Zuweilen Depression, gefolgt von leichter Exaltation mit scheinbar unmoralischen Handlungen. Nicht selten Neigung zum Begehen von Diebstählen, theils in Folge der Exaltation, theils aus Gedächtnissschwäche. (Anführung zahlreicher Beispiele.) Sexuelle Aufregung verschiedenen Grades, welche sich bald nur als platonische Liebe oder im Schmieden von abenteuerlichen Heirathsplänen, bald in sexuellen Orgien und Vergehen gegen die Sittlichkeit aller Art äussert (reichliche Literatur-Angaben). Häufig werden Brandstiftungen geübt — aus Aufregung, Zerstörungstrieb oder in Folge von Sinnes-Delirien (im Prodromalstadium? R.). Neigung zu lebensgefährlichen

Digitized by Google

Angriffen auf die Umgebung. Sinnlose Kauf- und Unternehmungslust. (Nach deutscher Auffassung gehört ein Theil der oben angeführten Erscheinungen nicht mehr dem prodromalen, sondern entschieden einem spätern Krankheitsstadium an! R.)

Physische Symptome: Diese, weil noch sehr wenig ausgesprochen, bedürfen einer sehr scharfen Beobachtung. Zumeist findet man fibrilläre Zuckungen der Zunge und der Gesichtsmuskeln, Hemmung der Sprache, ganz leichte Störungen der Coordination. Mancherlei Neuralgien. Automatische Bewegungen, den Affect-Bewegungen Gesunder entsprechend. Vorübergehend werden zuweilen beobachtet: Dysphagie, Singultus, gastro-intestinale Störungen, wahrscheinlich durch den Vagus bedingt; Anästhesien; Farbenblindheit; Gefühls-, Geruchsstörungen; zuweilen vasomotorische Störungen, selten apoplecti- oder epileptiforme Anfälle, häufiger Kopf-Congestionen.

Erstes Stadium der ausgesprochenen Krankheit kennzeichnet sich durch einen Fortschritt der geistigen Störung. Häufig besteht ein einleitendes depressives Stadium, nicht selten mit hypochondrischem Charakter, zuweilen auch mit dem Wahne der Verfolgung. (Verf. sucht mittelst einer ungemein grossen Zahl von Citaten diese in Deutschland längst richtig erkannte Beobachtungsthatsache zu stützen. R.)

(Forts. folgt.)

Paris, **Allgemeine Paralyse durch Insolation. — Annal. médic.-psycholog. Novembre.**

Verf. schildert und beleuchtet einen Krankheitsfall, gleich bemerkenswerth durch Ursache und Verlauf. Die Erkrankung, welcher weder Heredität noch anderweitige Ursachen zu Grunde lagen, trat plötzlich, ohne dass irgend welche Charakterveränderungen vorausgegangen wären, nach einer Insolation, mit von Anfang an sehr schweren Gehirnerscheinungen in Scene.

Das psychische Krankheitsbild zeigte bald Zustände der Aufregung, bald solche der Depression. Das Leiden durchlief in weniger als 5 Monaten alle Phasen, welche die gewöhnliche Paralyse in 2—3 Jahren vollendet. Diese Kürze ist um so mehr bemerkenswerth, als die alternirende Form der Dementia paralytica zumeist länger als die einfach expansive oder depressive Form dauert. Congestivzustände waren im Anfang nicht vorhanden.

Merkwürdiger Weise bestand im ersten Stadium Krankheitseinsicht und in den späteren ein ganz eigenthümliches symptomatisches Verhalten.

Verf. spricht auf Grund seiner Beobachtung die Vermuthung aus: „Die durch Isolation entstandene Paralyse sei eigenartig in Symptomen, Verlauf und Dauer."

Digitized by Google

***Ramsden Wood*, Fall von acuter Manie, tödtlich endend nach einer Reihe epileptiformer Anfälle. — Journal of mental science. October.**

Der 38 J. alte Patient, nicht erblich zu Neurosen veranlagt, in seinen Verhältnissen zerrüttet und dem Trunke ergeben, wurde in einem Zustande acuter Manie in das Hospital aufgenommen. Er hatte seit sechs Wochen an Exaltation mit religiösen Grössenideen und an Hallucinationen des Gesichts und Gehörs gelitten. Im Hospital — tief gestörtes Bewusstsein; andauernde Geschwätzigkeit mit Incohärenz; zeitweilig Ausbrüche von Heftigkeit; öfter Nahrungsverweigerung; gleich weite Pupillen; kein Tremor der Gesichtsmuskeln. — Den 11. Juli — 8 Wochen nach der Aufnahme — 4 schwere epileptiforme Anfälle mit halbseitig wechselnden Convulsionen ohne Wiederkehr des Bewusstseins in den Intervallen. Den 12. Juli — Aufregungszustand. Den 13. — neue Serie von Convulsionen im Facialisgebiet, im linken Bein und im rechten Arm. Tod alsbald nach diesen Anfällen.

Die Section ergab: Abflachung der Stirnwindungen, Adhärenzen derselben mit den zarten Hirnhäuten; sehr weiche Gehirnsubstanz; sehr reichliche subarachnoideale Flüssigkeit an der Basis; Gehirngewicht 49 Unzen. Lungen pneumonisch infiltrirt.

Epikritisch kommt der Autor zu dem Resumé, der Fall, der anfangs als einfach sehr acute Manie imponirt habe, müsse auf Grund der schweren epileptiformen Attacken und des autoptischen Befundes als paralytische Geistesstörung aufgefasst werden.

***Westphal*, Ueber einen Fall von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allgemeiner Paralyse. Frühzeitige Diagnose durch Nachweis des Fehlens des Kniephänomens. — Archiv für Psychiatrie Bd. XV, H. 3 und Centralblatt für Nervenheilkunde No. 15.**

Patient, 45 J. alter Gymnasiallehrer, von jeher etwas exaltirt, 1874 syphilitisch inficirt, erkrankt 1877 an hypochondrischer Verstimmung. Vorübergehender Anfall von Hemianopsie und Aphasie. Keine syphilitischen Symptome; keine anderen objectiven nervösen Erscheinungen als völliges Fehlen des Kniephänomens.

1879 — Gefühl der Brusteinschnürung. Seit 1880 stellte sich ein Sehnervenleiden ein, das bereits Mitte 1882 zu vollständiger Erblindung geführt hatte. Dabei keinerlei Störungen der Sensibilität oder (ausser leichten Blasensymptomen) andere spinale Erscheinungen.

1883 stellte sich plötzlich ein paralytischer Tobsuchtsanfall mit Grössenwahn ein. Lichtstarre und Differenz der Pupillen, beiderseitige Atrophie der Sehnerven: Sprache zitternd, Silbenstolpern; Schwanken nur

Digitized by Google

bei geschlossenen Augen; Ataxie nicht festzustellen, ebenso wenig Störungen der Sensibilität. Tod nach 14 Tagen durch Lungencongestion.

Section: Oedem und leichte Trübung der Pia mater. Hirnoberfläche geröthet, nicht atrophisch. Die N. optici zeigten einfache, gleichmässig verbreitete Atrophie. Im Rückenmarke — erstreckt sich eine Erkrankung der Hinterstränge durch die ganze Länge, im Hals —, oberen und mittleren Brusttheil aber nur auf einen schmalen Streifen beschränkt, im unteren Dorsaltheil fast auf den ganzen Querschnitt ausgebreitet, im Lendentheil wieder mehr beschränkt. (Durch das Mikroskop bestätigt.) Atrophie der hinteren Wurzeln des Lendentheils. Nirgends syphilitische Gewebsveränderungen.

Die Epikrise lenkt die Aufmerksamkeit auf die grosse Wichtigkeit des fehlenden Kniephänomens, als frühzeitiges Symptom eines spinalen Leidens, während keinerlei andere Erscheinungen vorhanden waren.

In anderen Fällen, welche die gleiche Combination von spinalen Symptomen, Opticusatrophie und paralytischer Geistesstörung zeigten, zeigte die Reihenfolge des Auftretens der einzelnen Erscheinungen mancherlei Aenderungen.

Der Mangel an sensiblen und motorischen Störungen ist nicht bestimmt zu erklären — vielleicht weil die Erkrankung noch im Beginne und auf einen kleinen Theil der Hinterstränge beschränkt war; vielleicht auch von dem Grade der Betheiligung der peripheren Nerven abhängig. Man soll bei hypochondrischen Sensationen stets auf Tabes untersuchen.

Verfasser macht in seinem Fall die Lues nicht für die tabischen Erscheinungen verantwortlich; dagegen scheine in diesem und in ähnlichen Fällen eine gewisse angeborene Disposition des centralen Nervensystems, des Gehirns und des Rückenmarks, von entschiedener ursächlicher Bedeutung zu sein.

***Rabbas*, Ueber Störungen in der Fähigkeit des Lesens bei progressiver Paralyse. — Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, Band 41, H. 3.**

Bezüglich dieser interessanten Beobachtungen und Untersuchungen wird auf das Original verwiesen.

***Rey*, Intellectuelle Störungen bei einigen Rückenmarks-Erkrankungen, besonders bei der Tabes. — Annal. médico-psycholog. Septembre.**

Verf. schildert eine Reihe eigener Krankheits-Beobachtungen. Die 4 ersten Fälle betreffen die Combination der Ataxie locomotrice mit der allgemeinen Paralyse. In allen Fällen war die erstere der letzteren vorausgegangen; stets hatten andere Gehirnerscheinungen, namentlich congestiver Art, vor den psychischen Störungen bestanden. 2 mal war Heredität, 1 mal Syphilis, 1 mal Alkoholismus nachzuweisen. Meist haben die

Digitized by Google

für die allgemeine Paralyse charakteristischen psychischen Störungen mit Verfolgungswahn und Sinnesdelirien abgewechselt.

Bei den 4 folgenden Fällen (3 mal Heredität, 2 mal Trinkexcesse) waren die geistigen Störungen gleichfalls in einer bereits vorgeschrittenen Periode des spinalen Leidens eingetreten, sie äusserten sich auch als Verfolgungswahn mit Hallucinationen und Illusionen, welche intermittirend auftreten, während die Erscheinungen der geistigen Abschwächung, einmal bis zum ausgesprochenen Blödsinn fortgeschritten, persistirten. Die Störungen der Sensibilität waren in allen Fällen sehr ausgesprochen und schienen die Bildung der Delirien zu beeinflussen.

Verf. hält für die wichtigsten Ursachen der Verbindung von Geistesstörung mit Rückenmarkserkrankung die Erblichkeit, namentlich „hérédité congestive" und die Congestionen, welche sich im Beginne oder im Verlaufe des spinalen Leidens einstellen. Besonders seien es die cephalen Formen, zu welchen sich öfter Psychosen gesellen.

Fournier, Psychische Störungen in der präatactischen Periode der Tabes syphilitischen Ursprungs. — L'Encéphale No. 6.

1. Psychische Symptome bekunden nur ausnahmsweise den Anfang der Erkrankung und zwar nur dann, wenn dieselbe unter dem Bilde der allgemeinen Paralyse in Scene tritt. Die Symptome charakterisiren sich als geistige Ermattung und Kraftlosigkeit, als auffällige Depression der psychischen Fähigkeiten. Sie schwinden zumeist nach längerem oder kürzerem Bestande wieder, um den tabischen Erscheinungen Platz zu machen, zuweilen bleiben sie aber auch permanent.

2. In der Regel treten psychische Störungen erst später, d. h. zu einer Zeit auf, in welcher die Erkrankung durch verschiedenartige Erscheinungen zweifellos festgestellt ist. Sie können die ersten Gehirnsymptome sein, oder sie folgen erst nach Zufällen von Schwindel, Aphasie, nach epileptiformen, hemiplegischen etc. Anfällen. Die Erscheinungen sind: a) Vor Allem — Abschwächung des Gedächtnisses, welche in der Regel langsam fortschreitet, selten plötzlich eintritt und durch verschiedene Hirnzufälle eine Steigerung erleiden kann. b) Aenderungen im Charakter, in der Stimmung, in den Gewohnheiten. c) Abschwächung in der Intelligenz, welche langsam zunehmend, allmälig bis zu völligem Stumpfsinn führen kann. Anfangs sind sich die Kranken ihres geistigen Rückganges bewusst und über denselben besorgt, später werden sie indifferent. Die geistige Abstumpfung kann bis zum ausgesprochenen Blödsinn weiter schreiten — stets aber erst im vorgeschrittenen Krankheitsstadium.

Weit seltener werden Anfälle einer ausgesprochenen „Folie tabetique" beobachtet, welche in einigen Monaten abzulaufen pflegen.

Endlich debütirt die Tabes zuweilen mit jenem der allgemeinen Paralyse ähnlichen Symptomenbilde, welches man heute als „Pseudoparalyse générale des syphilitiques" zu bezeichnen pflegt. Wir constatiren

Digitized by Google

— eine merkliche Abschwächung des Gedächtnisses, ausgesprochene Sprachstörung und intellectuelle Störungen mit dem Charakter der Hemmung und des Verfalls; kein hervortretender Grössenwahn. Später stellen sich zunehmende Ataxie und die anderen Symptome der Tabes ein. Es handelt sich in solchen Fällen um syphilitische Tabes, welche durch schwere Gehirnstörungen eingeleitet wird, die denen der allgemeinen Paralyse gleichen.

***Mickle,* Viscerale und andere syphilitische Erscheinungen bei Geisteskranken ohne Gehirnsyphilis. — Journal of mental science. Januar.**

Verf. will hier nicht von der Gehirnsyphilis sprechen, über welche zwar schon viel geschrieben worden, über deren Entstehung und Entwickelung aber die Ansichten immer noch getheilt seien; er will vielmehr die Aufmerksamkeit auf eine andere Gruppe syphilitischer Geisteskranken lenken, bei welchen die Syphilis nicht in erster Linie die Psychose veranlasst hat; bei diesen finden sich im Gehirn keine nachweisbaren syphilitischen Veränderungen vor, dagegen sind der übrige Organismus und die Säfte stark durch syphilitische Elemente geschädigt; hier müsste die Geistesstörung als auf indirectem Wege entstanden gedacht werden. Zumeist haben in solchen Fällen andere vorangegangene Schädlichkeiten eine Prädisposition gesetzt — wie geistige Ueberanstrengung, sittliche Verirrungen, geschlechtliche oder alkoholische Excesse. Man findet bei diesen Kranken keine Gehirnsyphilis, wohl aber reichliche luetische Veränderungen in den Eingeweiden, den Knochen, der Haut etc.

Symptomatologisch beobachtet man hier entweder geistige Schwäche und Incohärenz, nach vorausgegangener Depression und Reizbarkeit, oder die Erscheinungen der Verrücktheit — kein specifisches psychisches Krankheitsbild.

Verf. führt die Entstehung dieser Psychosen zurück auf Toxämie oder auf syphilitische Cachexie und Anämie in Verbindung mit anderen organischen Veränderungen specifischen Ursprungs.

Zur Illustration werden zwei hierher gehörige Fälle geschildert. Im ersten Fall ergab die Section — leichte Leptomeningitis, verschmälerte Gehirnwindungen, verfärbte, blutreiche Corticalis. (Mikroskopischer Befund?) Knoten in den Lungen, Mesenterialdrüsen geschwollen und körnig; in der Leber — sehr grosse Gummata und zahlreiche Narben; in den Nieren gleichfalls Gummata; Knochenveränderungen.

Im zweiten Falle — die zarten Hirnhäute verdickt und ödematös; Hirnrinde aber verschmälert, anämisch, theilweise varfärbt; in der Leber zahlreiche tiefe Narben; Nieren körnig und cystös; Darmgeschwüre; Cirrhosis und Verkäsungen der Lungen; vergrösserte Lymphdrüsen an der Spitze des Thorax.

(Die Beweiskraft dieser Fälle im Sinne des Verf. ist anfechtbar. Ref.)

Digitized by Google

Brosius (Bendorf), Ueber den Beginn der Dem. paral. — Psych. Blad. II, Lfg. 4. (Ref. *Rath.*)

Fortsetzung zu I, 2. — Handelt über einige initiale psychische Symptome.

Halbertsma (Psychiatr. Blad. II, Lfg. 4) berichtet über 20 von 1881 bis 1884 in der Rotterdamer Anstalt aufgenommene Paralytiker, 15 Männer und 5 Frauen. Enthält nichts Besonderes.

---

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Referent: Stark-Stephansfeld.

Mendel, Ueber Epilepsie. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 39.

Mendel behandelt in einem im Verein für Heilkunde gehaltenen Vortrag einige Punkte aus der Pathologie und Therapie der Epilepsie, welche in den letzten Decennien hauptsächlich im Vordergrunde der Discussion gestanden haben.

Die Entstehung des epileptischen Anfalls wurde von *Kussmaul* und *Tenner* auf eine Erregung des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata, von *Nothnagel* auf eine gleichzeitige Erregung dieses vasomotor. Centrums und des Krampfcentrums im Pons zurückgeführt. Seit den bekannten Versuchen von *Fritsch* und *Hitzig* über die Erregbarkeit der Hirnrinde wird von einer Anzahl von Forschern die Ansicht vertreten, dass der epileptische Anfall von den motorischen Centren der Hirnrinde ausgehe. *Mendel* theilt diese Anschauung nicht und widerlegt dieselbe in ausführlicher Weise. Der Behauptung, dass nach der Exstirpation der motorischen Rinden-Centren in den betreffenden Muskelgebieten keine Krämpfe mehr auftreten, stehen gegentheilige Beobachtungen (von *Frank* und *Pitres*) gegenüber. Die Angabe, dass die Reihenfolge der Krämpfe der Lage der motorischen Centren entspreche, trifft für viele Fälle beim Menschen nicht zu. Ebenso wenig erscheint es *M* als ein Beweis für die Richtigkeit jener Ansicht, dass eine Reihe von Fällen mit einer Aura beginnt, welche auf ein primäres Ergriffensein der Hirnrinde hinweist, denn die Aura findet sich nur bei einem Bruchtheile der Epileptiker. Wenn angenommen wird, dass jene sensitive Aura durch Reflex auf die motorischen Centren die Krämpfe auslöse, so darf mit dem gleichen Recht auch ein Reflex auf das vasomotorische Centrum angenommen werden.

M. hat die Versuche von *Salathé* wiederholt, nach welchen bei Hunden, welche mit dem Kopfe im Centrum auf einer drehbaren Tischplatte be-

Digitized by Google

festigt werden, durch Drehungen hochgradige Hirnanämie entsteht. Nach einer gewissen Dauer der Drehungen bekommen die Hunde allgemeine Krämpfe, dem Ausbruch derselben geht eine erhebliche Pulsverlangsamung vorher. *M.* schliesst hieraus auf eine an den Boden des IV. Ventrikels zu verlegende Vagusreizung und hält es für wahrscheinlich, dass auch die epileptischen Krämpfe einer Reizung jener Gegend entsprechen.

M bespricht im Weiteren die Verschiedenheit der Erscheinungen bei wirklicher corticaler Epilepsie und bei der gewöhnlichen Epilepsie und kommt zu dem Schluss, dass die *Nothnagel*'sche Erklärung des epileptischen Anfalles die meiste Wahrscheinlichkeit für sich habe. Die im Allgemeinen negativen Resultate der pathologisch-anatomischen Forschung drängen zu dem Schlusse, dass es sich bei der Epilepsie um eine functionelle krankhaft gesteigerte Erregbarkeit der vasomotorischen und motorischen Centren im Pons und Medulla oblongata handelt.

In der Therapie der Epilepsie stellt die Anwendung der Brompräparate den wesentlichsten Fortschritt der Neuzeit dar. *M.* giebt einmalige tägliche Dosen, beginnt mit 4 g Kal. bromat. und steigt bis auf 8—10 g pro dosi und pro die. Gegen die Hautaffectionen empfiehlt sich gleichzeitige Darreichung von 2—3 Tropfen Sol. Fowleri. *M.* gab in einzelnen Fällen schon bis zu 30 g Kal. bromat. pro die. Vor der Nachahmung so grosser Dosen möchte Ref. ernstlich warnen, da in solchen Fällen bereits mehrfach tödtliche Vergiftung beobachtet wurde.

Von der Behandlung der Epilepsie mit Curare sah *M.* keine Erfolge, dagegen hatte Atropin in einzelnen Fällen entschieden günstige Wirkung.

Mendel, **Ueber präepileptisches Irresein. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 51.**

Ein Arbeiter, 40 J. alt, Alkoholist, hatte 1876, 1877 und 1878 je einen epileptischen Anfall und blieb dann frei bis 1882. Im December 1883 hatte er Nachts einen Wortwechsel mit der Frau. Am Tag darauf ist er ruhig und nüchtern. Mittags kommt ihm der Gedanke, die Frau habe ihm gewünscht, dass er sterbe oder dass man ihn einsperre, wenn er ein Haus anzünde, so werde man ihn einsperren. Sofort holt er sich Hobelspähne und zündet ein Haus an. Danach kehrt er in die Werkstatt zurück, wo er durch seinen stieren Blick auffällt. Er verlangt (Mittags) eine Lampe, er könne nicht sehen. Alsbald trat ein epileptischer Anfall von 5 Minuten Dauer ein. Er geht darauf in seine Wohnung und fordert das Mittagsessen, da entsteht Feuerlärm. Jetzt fällt ihm ein, dass er das Feuer angelegt hat, er eilt herzu, rettet und verlangt dann von einem Schutzmann, dass dieser ihn arretiren soll, weil er der Brandstifter sei. Im Gefängniss war er still, erschien verwirrt und wurde erst nach zwei Tagen klar. Auf Grund des ärztlichen Gutachtens wurde er freigesprochen. In der Discussion bestreitet *Liman*, dass es sich in diesem Falle um präepileptisches Irresein handele und erklärt den Zustand für einen Anfall von Delirium tremens.

Digitized by Google

Witkowski, Ueber einige Erscheinungen epileptischer und comatöser Zustände.

W. macht wiederholt auf die bei Epileptikern vorkommenden momentanen Lähmungserscheinungen ohne gleichzeitige Bewusstseinsstörung aufmerksam, welche auch einseitig auftreten können. An welcher Stelle diese augenblickliche Leitungsunterbrechung stattfindet, lässt *W* offen, weist aber auf die Versuche von *Christiani* und *Bechterew* hin, nach welchen ein Centrum für die Coordinationen den Bewegungen im centralen Grau am Boden des dritten Ventrikel gelegen ist. Er erklärt es für wahrscheinlich, dass die dem epileptischen Anfalle zu Grunde liegenden, noch unbekannten Veränderungen an sehr verschiedenen Stellen des centralen Nervensystemes ihren Ursprung nehmen können.

W. wiederholt seine Zweifel an dem Vorkommen eines rein psychischen epileptischen Aequivalents im Sinne von *Samt.* Das Wesentliche der epileptischen Geistesstörung findet er in der Combination psychischer Symptome mit anderen oft ganz vorübergehenden nervösen Störungen. Ebenso bezweifelt *W.* das Vorhandensein besonderer habitueller Charaktereigenthümlichkeiten bei Epileptikern. Die reine, uncomplicirte Epilepsie biete überhaupt keine intervallären Symptome, und jene Charaktereigenthümlichkeiten träten immer im Zusammenhang mit Anfällen auf. Auch die „photographische" Gleichheit der einzelnen Anfälle bei demselben Epileptiker bestreitet *W.* Bezüglich der Pupillen giebt *W.* zu, dass mit Beginn des Anfalls der Erweiterung eine Verengerung vorausgehen könne, und vermuthet, dass dies in jenen Fällen vorkommen werde, wo zunächst reiner Sopor eintritt. Von demselben Gesichtspunkt aus glaubt *W.* die Pupillenverengerung in der Pause der intermittirenden Athmung erklären zu sollen (Einschlafen während der Athempause). Auch während der bei Sterbenden vorkommenden „psychischen Pausen" sah *W.* Verengerung der Pupillen.

W. betont die üble prognostische Bedeutung der von ihm schon früher beschriebenen Soporbewegungen der Augen, welche sich bekanntlich von den atypischen Schlafbewegungen der Augen unterscheiden. *W.* bringt diese Schlafbewegungen mit einer anderen Eigenthümlichkeit des Schlafes in Beziehung, mit den sich vorwiegend in Gesichtsvorstellungen abspielenden Träumen. Die Aufhebung der im Wachen mit regelmässiger Präcision wirkenden Coordination der Augenbewegungen, sowohl untereinander, als auch mit den Pupillenschwankungen, vielleicht auch die sehr auffällige Langsamkeit dieser Ortsveränderungen der Augen, erscheinen ihm als ein wichtiger Hinweis auf die dem Traumzustande entsprechenden Vorgänge im Gehirn.

Ruhemann, Beiträge zur Epilepsie. Dissertation. — Berlin 1884. Neurolog. Centralblatt No. 12.

R. suchte die Percussion des Schädels als diagnostisches Hülfsmittel bei Epilepsie zu verwerthen. Bei einer Reihe von Geisteskrankheiten und

Digitized by Google

schweren Neurosen ergab die Percussion des Schädels kein Resultat. Bei Tumor cerebri oder cerebelli fand sich in 17 Fällen 6, resp. 8 mal locale Schmerzhaftigkeit, bei Apoplexie in $^1/_4$ der Fälle, bei chron. Pachymeningitis in 12 von 14 Fällen, bei Epilepsie unter 30 Fällen 29 mal. Unter diesen 29 Fällen boten 20 einen circumscripten Percussionsschmerz auf dem Scheitelbein. Auf diese Thatsache begründet *R.* eine Theorie der Epilepsie, welche sich an *Hughlings-Jackson* anschliesst. An einer besonders reizbaren Stelle der Rinde (vorzüglich den psychomotorischen Centren) häufen sich die Reize an, wirken erregend auf das vasomotorische Centrum und die Medulla oblongata, es entsteht arterielle Anämie, in Folge dessen Bewusstlosigkeit und Krämpfe. *R.* giebt dabei zu, dazs der die Medulla oblongata erregende Reiz auch von andern Centren des centralen Nervensystems ausgehen kann. Die Fälle von Bewusstlosigkeit ohne Krämpfe erklärt *R.* so, dass entweder die Anämie nicht so hochgradig oder der Gehirnwiderstand nicht so geschwächt ist, um Krämpfe entstehen zu lassen, wohl aber ausreicht, um das Bewusstsein zum Schwinden zu bringen.

Planat, **Epilepsie übertragen vom Thier auf den Menschen. — Annal. méd. psychol. Mai.**

Ein 57jähriger, bis dahin gesunder Schmied, hatte eine Katze, und diese Katze war, wie *P.* nach der ihm gegebenen Beschreibung schliesst, epileptisch. Sie genoss in der Familie das Recht, mit von den Tellern des Mannes und der Frau zu fressen. Der Schmied wurde einmal von dieser Katze gebissen. Später, ob Monate oder Jahre nach dem Biss ist völlig unbestimmt, bekam er epileptische Anfälle. Noch später wurde auch die Frau des Schmiedes von epileptischen Anfällen ergriffen. Was schliesst *P.* aus diesen Thatsachen? Da der Schmied weder erblich belastet, noch Potator war, da er weder Kummer und Sorge noch Schreck gehabt hatte, so kann er nur durch den Biss der epileptischen Katze epileptisch geworden sein, und zwar war es der Speichel der Katze, welcher dem Manne durch die Bisswunde eingeimpft wurde und welcher die Epilepsie vom Thier auf den Menschen übertrug. Die Frau, über welche *P.* sonst nichts Näheres angiebt, ist nun ebenfalls durch den Speichel der Katze mit Epilepsia inficirt worden, nämlich von der Schleimhaut des Verdauungskanales aus. Sie hat mit der Katze von einem Teller gegessen und sich auf diese Weise den giftigen Speichel einverleibt. Angesichts dieser Annahme von *P* muss es eigentlich überraschen, dass derselbe nicht noch weiter geht und zur Untersuchung des Speichels Epileptischer auf Bacillen auffordert.

Bérand, **Schwangerschaft und Epilepsie. — L'Encéphale No. 3.**

Ernestine G. ist erblich belastet (Vater Alkoholist, 1 Bruder ebenfalls, 1 Schwester stirbt durch Selbstmord). Im 15. Jahr erscheint die Menstruation, welche erst vom 17. Jahr an regelmässig eintritt. Von dieser Zeit an hat Pat. kleine epileptoide Zufälle, auf welche vom 16. Jahre an wirk-

Digitized by Google

liche epileptische Anfälle folgen. Da Bromkalium ohne Erfolg war, so rieth der Arzt als einziges Heilmittel die Verheirathung an, welche im 20. Jahr erfolgte. Pat. wurde dreimal schwanger. Mit dem Eintritt der Schwangerschaft häuften sich die epileptischen Anfälle in hohem Maasse. Die Geburten verliefen normal. Im 4. Monat der 3. Schwangerschaft, als die Anfälle sich wieder stark vermehrt hatten, und die schon früher bemerkten psychischen Störungen zunahmen, erfolgte die Aufnahme in St. Anne. Pat. bot die Zeichen vorgeschrittener psychischer Schwäche dar mit Verwirrtheit und zeitweiser Erregung. Sie wurde der *Ball*'schen Kur unterworfen. Zunächst traten noch schwere Anfälle ein, Pat. war häufig stuporös und zeitweise unrein. Vom Ende Januar an aber blieben die epileptischen Anfälle aus und der psychische Zustand besserte sich erheblich. Nach der am 20. März erfolgten Geburt, welche normal verlief, erlitt Pat. bis zum 21. März noch einige Anfälle, von da an blieb sie bei Fortgebrauch der *Ball*'schen Kur frei.

Der Fall lehrt von Neuem, wie vorsichtig man bei Epilepsie und überhaupt bei schweren Neurosen und Psychosen mit der Empfehlung der Ehe als Heilmittel sein muss.

***Féré*, Eclampsie und Epilepsie. — Arch. de Neurologie. Juli.**

F. sucht durch eine Reihe von Fällen nachzuweisen, dass das Auftreten von eclamptischen Anfällen (infantilen und puerperalen) das Vorhandensein einer neuropathischen Prädisposition zur Voraussetzung hat, und dass ein Zusammenhang besteht zwischen Eclampsie und Epilepsie.

I. Pict . . ., bei der Aufnahme in das Spital 19 J. alt, nicht erblich belastet, bis zum 9. Jahr gesund. Im 9. Jahr Scharlach, nach demselben 3 Monate lang Oedeme, Albuminurie und eclamptische Anfälle. Nach dem Verschwinden der Albuminurie persistirten die eclamptischen Anfälle als nach dreiwöchentlichen Pausen auftretende epileptische. Die letzteren bestehen theils in Schwindelanfällen, theils in Anfällen von heftigen Convulsionen. Die combinirte Anwendung von Bromsalzen blieb ohne Einfluss auf die Anfälle.

II. Marie R., 11 J. alt, erblich belastet. Im 8. Jahr 6 Monate lang heftige hysterische Anfälle. Im 11. Jahr erkrankt sie an den Masern, welche von eclamptischen Anfällen ohne Albuminurie begleitet sind und mit Tod endigen.

III. Frau M., 24 J. alt. Erbliche Belastung. Im 9. Jahre in der Reconvalescenz von Scharlach ein Krampfanfall. Bis zum Eintritt der Menstruation im 18. Jahr gesund. Von da an Kopfschmerz, zweimal ein Anfall von „Schwäche", und leichte nervöse Zufälle mit unbewusstem Wackeln des Kopfes, der Arme und Hände. Fluor albus. Sie heirathete im 24. Jahr und wurde sogleich schwanger. 14 Tage später ein epileptischer Anfall, welchem zwei weitere folgten. Entbindung nach 8monatlicher Sch[wangerschaft]

Digitized by Google

schaft, 2 Monate danach mehrere epileptische Anfälle. Nach 1½ Jahren Abortus im 2. Monat und hiernach mehrere epileptische Anfälle. Seitdem kehren Schwindelanfälle häufig wieder, das Gedächtniss scheint abzunehmen.

IV. Frau X., erblich belastet, bekommt im 6. Jahre nach einer leichten Verletzung einen Krampfanfall, welcher 6 Monate lang öfter wiederkehrte und danach wegblieb. Gegen Ende der ersten Schwangerschaft Albuminurie, Oedem, hierauf mehrere eclamptische Anfälle, welche nach der Geburt von 2 Knaben verschwinden. Tod durch Peritonitis.

V. Frau P., erblich belastet, ist bis zur Geburt ihres 5. Kindes im 26. Jahre gesund. Während dieser Geburt heftige eclamptische Anfälle. Seitdem leidet sie an Schwindelanfällen. Nach einem Jahre treten bei einer abermaligen Entbindung wieder eclamptische Anfälle ein, und seitdem treten ausser den Schwindelanfällen auch epileptische Anfälle auf. Im 56. Jahre sehr heftige und häufige epileptische Anfälle, welche nach Gebrauch einer Bromkur verschwanden. Die Schwindelanfälle blieben bestehen.

VI. Frau L. Im 22. Jahre (1868) Eclampsie mit Albuminurie im 7. Schwangerschaftsmonat. Nach der Entbindung Genesung. 4 Monate später treten „nervöse Schwächeanfälle“ ein, welche seitdem häufig wiederkehren. 10 Jahre langer Gebrauch von Bromkalium bleibt ohne Erfolg. Von 1878 an besserte sich der Zustand wesentlich beim Gebrauch des Polybromure d'Yvou. Im August 1881 starke Oedeme, Albuminurie, Kopfschmerz. Das Brom wird ausgesetzt. Danach bessern sich die Albuminurie und die Oedeme, die Anfälle dagegen kehren häufiger wieder.

VII. Frau S., 43 Jahre, nicht erblich belastet, früher immer gesund. Während der ersten Schwangerschaft Typhus. Im 32. Jahre, während der 4. Schwangerschaft, auffallend eifersüchtig. Im 7. Monat starkes Nasenbluten. Im 8. Monat nach Einwirkung starker Gerüche treten eine Anzahl heftiger epileptischer Anfälle ein, welche erst nach der Geburt eines todten Kindes verschwinden. Keine Oedeme. Einen Monat später Anfälle von epileptoidem Schwindel, später ausgesprochene epileptische Krampfanfälle. Die letzteren verminderten sich nach Bromgebrauch, die Schwindelanfälle dagegen blieben.

VIII. Frau P., 22 Jahre alt, erblich belastet, litt an Convulsionen während der Dentition. Seitdem gesund. Im 16. Jahre Eintritt der Menstruation, im 18. Jahre Heirath ohne Neigung. Vier Monate später Beginn der Schwangerschaft. Am Ende des 8. Monates Anschwellen der Beine, Eiweiss im Urin. Mit Beginn der Geburt Delirien, Hallucinationen und eclamptische Anfälle, welche 3 Stunden dauerten. Mit Beendigung der Geburt schnitten die Convulsionen ab, Pat. genas rasch. 2 Monate später traten epileptische Anfälle ein, welche häufig wiederkehrten, bei regelmässigem Bromgebrauch aber stets eine Reihe von Monaten ausblieben. Das Kind der Kranken wurde beim Zahnen von Convulsionen befallen.

Digitized by Google

Erlenmeier, Die gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden, insbesondere bei Epilepsie. — Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie u. gerichtl. Psychopathologie No. 18.

Verf. bezieht sich auf eine frühere Arbeit über Bromkalium, Bromlithium und Bromchinin. Die damals ausgesprochene, auch von Anderen bestätigte Erfahrung, dass die Bromsalze auf Epilepsie nur so lange eine günstige Wirkung ausüben, als sie genommen werden, und dass die Anfälle nach dem Aussetzen des Mittels in der Regel wiederkehren, diese Erfahrung veranlasste *E.* zu Versuchen mit combinirter Darreichung verschiedener Bromsalze, da die nach Bromkaliumgebrauche eintretenden Vergiftungserscheinungen seitens des Herzens, Kreislaufs und der Athmung dem Kali-Gehalte desselben zugeschrieben werden, so gebrauchte *E.* eine Mischung von Bromnatr. (1), Bromamon. (1) und Bromlithium ($^1/_2$) und liess von dieser Mischung 10 g pro die nehmen.

Jedes einzelne der genannten Mittel hat die gleiche sedative, antispasmodische und hypnotische Wirkung, wie das Bromkalium, nicht aber den üblen Einfluss desselben auf Herz, Kreislauf und Respiration. Jedes erzeugt Bromacne, welche aber bei dem Gebrauche der gleichen Dosis eines anderen Bromsalzes wieder verschwindet. Die Combination jener drei Mittel wirkt besser, als jedes einzelne derselben in gleicher oder höherer Dosis.

Mehrfach beobachtete Stauungserscheinungen im venösen System verloren sich nach Reducirung des Bromammoniums auf die Hälfte. Bei Epileptikern blieben die Anfälle, wenn sie während der Kur verschwunden waren, auch nach dem Aussetzen der Mittel weg. Acne wurde bei der Kur nicht beobachtet.

Die combinirten Bromsalze werden am Besten im kohlensauren Wasser vertragen. *E.* lässt von Dr. *Carbach* in Bendorf ein „Bromwasser" darstellen, welches in 750 ccm kohlensaurem Soda-Salzwasser 4,0 Bromkal., 4,0 Bromnatr. und 2,0 Bromammon. enthält. Von diesem Bromwasser wird zuerst täglich $^1/_2$ und später eine ganze Flasche verbraucht. Die Kur wird bis zum Eintritt der bekannten psychisch-motorischen Vergiftungserscheinungen fortgesetzt. Nach den Angaben von *E.* hat diese Kur bei einer Anzahl von Epileptikern die Anfälle derart beseitigt, dass diese auch nach dem Aussetzen der Kur wegblieben. (Ref. fügt zu dieser Mittheilung die Bemerkung, dass in Frankreich schon seit einer längeren Reihe von Jahren die combinirten Bromsalze gegen Epilepsie gebraucht werden. Die sogenannte *Ball*'sche Kur, das Poly bromure d'Yvou, bestehen aus einer Combination verschiedener Bromsalze. Die *Ball*'sche Kur ist in Stephansfeld wiederholt bei Epileptikern mit dem verschiedensten Erfolg angewandt worden.)

Digitized by Google

***Küssner*, Ueber die Anwendung von Brompräparaten bei Neurosen, speciell bei Epilepsie. — Deutsche medicinische Wochenschrift No. 49.**

Der Aufsatz beschäftigt sich mit der Behandlung der Epilepsie durch Bromkalium und enthält nur bereits Bekanntes. *K.* lässt täglich 9—12 g Bromkalium nehmen, in ½—1 Liter Wasser gelöst und unter Tags schluckweise getrunken.

***Flechsig*, Zur gynäkologischen Behandlung der Hysterie. — Neurolog. Centralblatt No. 19. 20.**

Fall 1.

32jähriges erblich belastetes Mädchen. Seit dem 19. Jahre unregelmässige Menstruation. Seit dem 28. Jahre anhaltende nervöse und psychische Anomalien, sowie Schmerzen im Unterleibe. Vom 29. Jahre an grosse hysterische Anfälle. Ein Gynäkolog constatirt ein parametritisches Exsudat. Im 32. Jahre Aufnahme in die Irrenklinik. Ausgesprochene hystero-epileptische Anfälle mit dauernden psychischen Störungen, hallucinatorischen Zuständen und Tobsuchtsanfällen, daneben bestehen eine Reihe nervöser Symptome, bezüglich deren auf das Original verwiesen wird, und häufige Schmerzen im Unterleibe. Die Genitaluntersuchung ergiebt einen narbigen Strang im l. Ligamentum latum, Dislocation des Uterus nach links, Verdrängung des l. Ovariums nach unten, am 10. Juli 1883 wurden beide Ovarien entfernt. Die ersten 4 Tage nach der Operation völlig normales Befinden. Danach treten jedoch mehrfache psychische und somatische Störungen ein, letztere von der Operationsstelle ausgehend, jedoch mit abnehmender Häufigkeit und Intensität. Ende December 1883 wurde Pat. genesen entlassen und blieb bis zur Zeit gesund.

Fall 2.

43 J. alte Frau, erblich belastet und schon 2 mal geisteskrank. Im 42. Jahre von Neuem erkrankt unter dem Bilde einer Melancholie mit hysteriformen Erscheinungen. Oeftere kurze Anfälle von maniakalischer Exaltation mit Amnesie für diese Zeit, Anfälle von Gesichtskrämpfen, Trismus, Expirationskrämpfen. Daneben anhaltende Obstipation und öfter Nahrungsverweigerung. Füttern mit der Sonde und Klystieren löst hysterische Anfälle aus. Am Uterus wird ein Kindskopf grosser Tumor nachgewiesen. Die Ernährung der Kranken sank rasch. Das Wachsen des Tumors, dessen maligner Charakter nicht auszuschliessen war, die Gefahr einer durch denselben herbeigeführten Darmcompression, die schweren nervösen Zufälle, welche mit Wahrscheinlichkeit auf jenen Tumor bezogen werden könnten, dies alles führte zur Vornahme der Exstirpation der Geschwulst, bei welcher ein Theil des Uterus mit entfernt werden musste. Auch in diesem Falle trat unter mannigfachen Schwankungen allmälige

Digitized by Google

Genesung von der Geisteskrankheit ein, so dass Pat. in der 21. Woche nach der Operation geheilt entlassen werden konnte.

Fall 3.

18 Jahre altes Mädchen, welches seit mehreren Jahren bei jeder Menstruation an Krampfanfällen leidet und in der Zwischenzeit schlechten Schlaf, vage Angst, Obstipation und Appetitlosigkeit wahrnehmen lässt. Eine Untersuchung ergab Stenose des Orificium uteri externum. Die unblutige Erweiterung verminderte die dysmenorrhoischen Erscheinungen, die Krampfanfälle blieben. Wegen letzterer erfolgte die Aufnahme in die Irrenklinik. Pat. klagte über Druck und Schmerz im Kopf, Kribbeln in den Händen, bot einen erotischen Gesichtsausdruck dar und hatte reichlichen Fluor albus. Fast täglich ausgesprochen hystero-epileptische Anfälle, daneben erotische Erregung und Masturbation. Nach der blutigen Erweiterung des Muttermundes durch Kautschuck und Excision keilförmiger Stücke allmäliger Nachlass aller krankhaften Erscheinungen, so dass Pat. 10 Wochen nach der Operation als völlig genesen entlassen werden kann.

In der Epikrise zu diesen Fällen spricht *F.* die Ansicht aus, dass ein Theil der Fälle von schwerer Hysterie mit progressiver psychischer Degeneration sicher Beziehungen zu Erkrankungen der Sexualorgane habe, wenn auch in verschiedener Weise. In diesen Fällen sei der Nutzen einer operativen Behandlung der empirischen Prüfung zu unterziehen.

Immermann, **Hysterie mit periodisch eintretenden Zwangsbewegungen. — Correspondenzblatt f. schweiz. Aerzte No. 13.**

31jähriges Mädchen, nicht erblich belastet, erlitt im 21. Jahre einen Fall auf die l. Kopfseite. Danach kurze Ohnmacht und 24stündiger Verlust der Sprache. Einige Wochen danach dyspnoeische Anfälle mit Convulsionen und folgender Bewusstlosigkeit, welche öfter wiederkehrten. Ausserdem im Liegen bei wachem Zustande seitliche Bewegungen des Kopfes und rotatorische Bewegungen der Arme und des l. Beines. 2 Jahre lang bestanden Schmerzen in der Gegend des l. Scheitelbeines. Vom 23. Jahre an trat vor den Anfällen Bewusstlosigkeit ein, die Anfallspausen wurden kürzer. Später verloren sich die Bewegungen des r. Armes und l. Beines während der Anfälle. Im 28. Jahr plötzlich Aphonie.

Die anämische Kranke hat linkerseits Ovarialschmerz und Fluor albus. Der Kehlkopf ist reactionslos gegen tactile Reize, es besteht Stimmbandlähmung, Empfindlichkeit gegen Druck des Process. spinosus des 5. Rückenwirbels, am l. Scheitelbein neben der Pfeilnaht eine Knochendepression. Beim Sitzen Nicken des Kopfes, beim Liegen Drehen und seitliches Wackeln desselben, rotirende Bewegungen des l. Armes. Im hypnotisirten Zustande hören diese Bewegungen auf. Unter dem Gebrauch von Eisen und Hydrotherapie tritt Besserung ein.

J. stellte die Diagnose auf Hysterie mit Zwangsbewegung glaubte eine Verletzung der hinteren Centralwindung, einen gros

Digitized by Google

tuberkel, Verletzung des Labyrinthes und Simulation ausschliessen zu können.

In der Discussion spricht *Wille* die Ansicht aus, dass neben der Hysterie noch eine andere Neurose bei der Kranken vorhanden sei, *Burkhardt-Merian* bezieht die Erscheinungen auf eine Affection der Bogengänge.

***Ballet* u. *Crespin*, Anfälle von Hysterie in der Form partieller Epilepsie. — Archives de neurologie. Vol. VIII. Sept.**

Verff. theilen 2 in vielen Stücken einander sehr ähnliche Fälle mit, welche für die Differentialdiagnose zwischen einseitigen epileptischen Convulsionen bei Hysterie und zwischen Rindenepilepsie von Interesse sind.

Rosa G. tritt im 17. J. in die Klinik, nachdem sie seit dem 12. J. an Convulsionen gelitten hat. Bis zum 19. Jahre war sie frei von Krämpfen, zeigte aber einen reizbaren Charakter und kokettes Benehmen. Vom 19. Jahre an häufige Serien von Krampfanfällen, welche einmal binnen 20 Tagen die Summe von 8000 erreichten. Die einzelnen Anfälle beginnen ohne Aura. Der Kopf dreht sich nach rechts, die Bulbi stellen sich nach oben und rechts, die Gesichtsmuskeln contrahiren sich besonders rechts, der Mund öffnet sich und häufig streckt sich die Zunge heraus. Hiernach traten tetanische Streckung im rechten Arm und Bein ein, später in viel geringerem Grade auch in den linken Extremitäten. Dann erfolgen Convulsionen der rechten Gesichtshälfte und der rechten Extremitäten, während die linken Extremitäten frei von Zuckungen bleiben. Pat. hat in den Intervallen ein dunkles Bewusstsein von den Anfällen. Im weiteren Verlaufe der sehr gehäuften Anfälle wurden im Beginne derselben und in den Intervallen ballotirende Bewegungen des Bauches bemerkt und während der Anfälle häufiger Lidschlag, ebenso wurde rechtsseitige Amblyopie und Achromatopsie constatirt. Allmälig wurden die Krampfanfälle auch doppelseitig, jedoch so, dass sie links schwächer auftraten als rechts, später schlossen sich an dieselben Hallucinationen an. Die Temperatur blieb auch während der gehäuften Anfälle normal, obgleich vom 3.—28. October 21708 gezählt wurden. Ausser der rechtsseitigen Amblyopie fand sich noch Anästhesie der rechten Körperhälfte. Compression der Ovarien und Bromtherapie (bis 22,0 g pro die) blieben ohne Einfluss auf den Zustand.

Die Diagnose des Falles schwankte zwischen einer neueren Form des hysterischen Anfalles mit einseitigen Convulsionen und zwischen Rindenepilepsie, ohne die begleitende Steigerung der Körpertemperatur. Sie wurde auf Hysterie gestellt, weil die Krämpfe nicht von einer Temperatursteigerung begleitet waren, weil nach den Anfällen keine Lähmung der befallenen Glieder vorhanden war, und weil eine so ungeheuere Häufung der Anfälle ohne tödtlichen Ausgang nur bei einer Hysterischen vorkommen kann. Das Ballotiren des Leibes und das Zwinkern der Augen wird ebenfalls als hysterisches Symptom verwerthet.

Celestine F., erblich belastet, wurde im 5. J. genothzüchtigt. Bald

Digitized by Google

danach bekam sie eine Reihe von „Anfällen", welche vom 6.—10. J. verschwanden, im 11. J. aber wiederkehrten und die Aufnahme in ein Spital veranlassten. Seitdem verschwanden die Anfälle nicht mehr, und im 20. J. trat Pat. zum 2. Male in die Salpetrière ein. Die Anfälle sind epileptiform und treten in Serien auf. Sie beginnen mit einer schmerzhaften Empfindung, welche vom Epigastrium zur linken Schulter aufsteigt und bis in die Spitzen der Finger der linken Hand ausstrahlt. Dann tritt erst Erweiterung und alsbald Verengerung der Pupille ein und hierauf folgen tetanische Contractionen in der linken oberen und unteren Extremität, welche später und in weit schwächerem Grade auf die rechten Extremitäten übergehen. Hierauf drehen sich Kopf, Mund und Augen nach links und es treten Convulsionen in den linksseitigen Gliedern ein. Während dessen besteht rascher Lidschlag, links ausgesprochener, und Erweiterung der Pupillen. Die Anfälle dauern bis zu 2 Minuten, das Bewusstsein ist meist erhalten. Im weiteren Verlaufe treten Gesichtshallucinationen auf. Die Körpertemperatur stieg während der Anfälle auf 39,4. Ferner wurde eine auf der linken Seite stärker ausgesprochene Erhöhung der Sehnenreflexe wahrgenommen und nach den Anfällen eine regelmässige Lähmung der linken Gliedmaassen. Auch zwischen den Anfällen blieben die linken Extremitäten etwas schwächer, dagegen fehlten Sensibilitätsstörungen. Im 21. J. starb Pat. nach einer langen Reihe von Anfällen. Die Section ergab zwischen der 1. und 2. rechten Stirnwindung eine Verdickung der grauen Substanz bis an die motorischen Centren hin mit leichter Erweichung der umgebenden weissen Substanz.

Verff. besprechen zum Schlusse nochmals die Aehnlichkeiten und die Verschiedenheiten der beiden Fälle. Im zweiten Falle waren für die Diagnose auf Rindenepilepsie wichtig die Erhöhung der Körpertemperatur während der Anfälle und die linksseitige Hemiplegie nach denselben. Das Fehlen dieser Symptome, das Auftreten von Augenzwinkern, Ballotiren des Leibes und Vorstrecken der Zunge während der Anfälle, endlich die Thatsache, dass Pat. eine so grosse Menge von Anfällen ohne merklichen Nachtheil ertrug, dies Alles entschied in diesem Falle die Diagnose für Hysterie.

Bircher, Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie. — Correspondenzbl. für Schweizer Aerzte. No. 18

B. theilt 3 Fälle von jungen Mädchen mit, bei welchen Störungen der Menstruation, Ovarialschmerz, Sensationen im Unterleib und verschiedene allgemeine nervöse Störungen vorhanden waren, und bei welchen schliesslich nach längerer erfolgloser Behandlung ausgesprochene Geistesstörung in Form einer Melancholie eintrat. In allen 3 Fällen wurde schliesslich durch die Castration eine vollständige Heilung erzielt.

Aus der Einleitung und Epikrise, welche mehr für [illegible] als für den Psychiater Interesse haben, wäre hervorzu[illegible] Ovarialneuralgie, entgegen den von Frankreich aus ge[illegible]

Digitized by Google

schauungen, auf das Ovarium bezieht und das Vorhandensein Pacinischer Körperchen in demselben betont. *B.* glaubt, dass bei richtiger Diagnose und prognostischer Würdigung der Complicationen die Ovarialneuralgie und Hysterie eine Indication für die Castration bleibt, und dass diese Operation frühzeitig und richtig ausgeführt das radikalste und meist auch einzige Heilmittel für das fragliche Leiden ist.

***Bourneville* et *Bonnaire*, Neue Beobachtung von Hystero-Epilepsie bei einem jungen Mann. Heilung durch Hydrotherapie. — Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie par *Bourneville* etc. Paris 1884.**

Ein erblich belasteter 12jähriger Knabe (Vater Trinker, 2 Schwestern an Convulsionen gestorben, eine Schwester hysterisch, bei 3 Kindern Syndactilie), Onanist, bekommt im 12. Jahre nach Schreck hysteroepileptische Anfälle, welche ausführlich beschrieben werden. Die Anfälle bestehen theils in ohnmachtsartigen Erscheinungen, theils in Schwindel, theils in grossen hysterischen Attacken. Die letzteren lassen eine epileptoide, eine klonische Periode, eine Periode der grossen Bewegungen (crucifixement, ac de cercle) und eine Periode des Deliriums unterscheiden. Häufig beginnen die Anfälle mit einer Aura. Störungen der Sensibilität fehlten, dagegen fanden sich Spuren hysterogener Zonen, deren Compression aber ebensowenig, als die Compression der Testikel die Anfälle sistirte. Der Knabe war leicht zu hypnotisiren.

Die Anfälle verschwanden bei der Anwendung von Hydrotherapie und kehrten auch nach der Entlassung des Kranken aus dem Spital nur selten und in milder Form wieder.

***Charcot*, Ein Fall von Hystero-Epilepsie. — Gaz. des hôpitaux No. 104. Centralblatt für Klin. Medic. No. 44.**

Ein junges Mädchen, welches schon lange an Hystero-Epilepsie leidet. — Die Anfälle verlaufen in 4 Stadien: 1) das epileptoide Stadium, 2) das Stadium der Verdrehungen, 3) das Stadium der Aufregung, 4) das Stadium des Deliriums. Ausserdem treten epileptiforme oder epileptoide Anfälle, durch mehrere Tage hindurch, in so erschreckender Häufigkeit auf, dass man versucht ist, sie für eine schwere Complication der Hysterie zu halten. Die Zeit zwischen den einzelnen Anfällen ist von verschiedener Dauer. Jeder Anfall beginnt mit tonischen Krämpfen, dann folgen später klonische, darauf tritt dann Lösung der Glieder und Schnarchen ein. Eine Art leisen Initialschreis leitet ein. Druck auf das Ovarium hat keinen Einfluss auf den Anfall, während dessen sich die Pat. weder in die Zunge beisst, noch Urin verliert; Schaum vor den Mund ist sehr selten. Jeder Anfall setzt sich aus 30, 40 und noch mehr Attacken zusammen, welche sich ohne Pausen folgen; das Erwachen ist eigenthümlich, durch Unruhe ausgezeichnet.

Digitized by Google

Wenn die Kranke wieder zu sich gekommen ist, klagt sie nur über Ermüdung, Hitze, Schweiss und ist bald wieder völlig gesund. Dieses schnelle Zusichkommen steht im schärfsten Gegensatz zu dem tiefen Coma bei wirklichen epileptischen Anfällen. — Die Krankheit ist wieder seit 4 Tagen aufgetreten; am ersten hatte die Pat. 113 Anfälle, am zweiten 230, welche in 5 Serien stattfanden, am dritten 380 in 9 Serien und am vierten 700 und einige Anfälle. Diese Eintheilung in Serien zeichnet sich dadurch aus, dass einer jeden ein leichtes Unbehagen voraufgeht; keine ausgesprochene Aura, sondern nur geringfügiger Kopfschmerz, Stechen in den Schläfen, Zischen in den Ohren.

Anfälle von Epilepsie von dieser Dauer würden tödtlich enden, bei der Hystero-Epilepsie ist der Ausgang immer günstig. Die Diagnose unterstützt sehr das Thermometer; bei der Hystero-Epilepsie steigt die Temperatur nie über 38,2 ° bis 38,4 °, bei der wahren Epilepsie geht sie auf 39,0 °, 40,0 °, ja bis auf 42,0 °. — Der angeführte Fall war der 4. den *C.* bisher gesehen hat, sie stimmen alle darin überein, dass sie die rudimentäre Aura zeigten, dass das Beissen in die Zunge fehlte, dass die Kranken schnell erwachten und gleich wieder ihren Geschäften nachgingen, ohne dass der Anfall eine Spur zurückgelassen.

Die Therapie ist machtlos; alle möglichen Mittel sind vergeblich versucht worden. *S.*

***G. L. Walton*, Beitrag zum Studium der Hysterie mit Bezugnahme auf die Frage der Oophorektomie. — Journal of nervous and mental disease. Juli.**

Ein 29jähriges Mädchen, aus nicht neuropathischer Familie, litt seit der Pubertät an äusserst heftiger Dysmenorrhöe und Rachialgie; diese Beschwerden steigerten sich im Laufe der Zeit so sehr, dass Pat. die Bettlage nicht mehr verliess. Grosse Abmagerung; während einiger Jahre häufige convulsivische Anfälle mit Rigidität und Schüttelkrampf. Gegenwärtig weder Paralyse noch Atrophie; Muskelspannungen im rechten Quadriceps, wachsartige Flexibilität in den Muskeln des rechten, weniger auch des linken Fusses. Rechtsseitige Hemianästhesie der Gefühls- und Sinnesnerven (nur das Gesicht auf beiden Seiten nahezu normal). Da „mildere Mittel" fehlschlugen, wurde von *Barss* die Kastration vorgeschlagen und ausgeführt. Beide Ovarien waren „voll kleiner Cysten", die Wundheilung erfolgte ungestört, Pat. klagte aber nach wie vor über Rückenschmerzen und, obgleich die Mensen ausblieben, bei jeder menstrualen Epoche über grosse Unbehaglichkeit und Schmerz in der Ovarialgegend. Der Operateur (*Barss*) knüpft daran den Ausdruck seines Bedauerns, die Tuben nicht entfernt zu haben, findet aber die Pat. gegen früher immerhin erheblich besser. *S.*

Digitized by Google

10. Delirium acutum. Alkoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Referent: Freusberg-Saargemünd.

Delirium acutum.

Wellenbergh, Hirndruck bei Delirium acutum. — Psychiatr. Blad. II. 2. (Ref. ***Rath.***)

3 Fälle eigener Beobachtung. Bei dem 1., einem 36jährigen Maurer, ein vor 26 Jahren acquirirtes Trauma, bei den andern, 26 bezw. 28jährigen Bauernmädchen, keine ätiologischen Anhaltspunkte, als erbliche Belastung. Bei allen derselbe Verlauf: Congestionserscheinungen, hallucinatorische Delirien, Contracturen, Sopor, Tod. Sectionsergebnisse: beim 1. Fall die Erscheinungen der Meningitis purulenta, bei den andern nur Hydrämie der Gehirnsubstanz. *W.* fasst das Del. acut. nicht als selbständiges Krankenbild, sondern als einen Symptomencomplex auf, dessen stürmischer Ablauf die ursächliche primäre Störung verdeckt. Active Hyperämie und weiterhin Hydrämie des Hirns (*Huguenin*) genügen *W.* nicht zur Erklärung der klinischen Symptome; er fügt noch ein 3. Moment hinzu, das der Rindenanämie, welches die erste Folge der durch active Hyperämie bewirkten Druckerhöhung innerhalb des Schädels darstellt; demnach unterscheidet *W.* 3 Stadien im Verlaufe des Del. acut., die indess klinisch nicht immer auseinander zu halten sind: 1) das der fluxionären Hyperämie, das maniakalische, 2) das der arteriellen Anämie der Rinde — das der motorischen Erregung, der Convulsionen und Contracturen; 3) das der Hydrämie des Gehirns — das der Lähmungserscheinungen, des Coma und Sopor.

Alkoholismus.

Rose, Delirium tremens und Delirium traumaticum. — Deutsche Chirurgie von ***Billroth*** und ***Lücke.*** Enke's Verlag. Lief. 7.

Referat in Bd. 41, Heft 4 u. 5 dieser Zeitschrift.

Jaillet, De l'alcool, sa combination, son action physiologique, son antidote. Paris, Doin.

Nichts Neues. Das Gegengift ist Strychnin.

Narvand, Geistesstörung, Alkoholismus und Selbstmord in der französischen Armee. — Ann. méd.-psychol. Jan. — Neurol. Centralbl. 17.

Geistesstörung: Von 1875—1879 wurden 885 Soldaten als geisteskrank in Irren-Anstalten aufgenommen, also jährlich 177 oder 0,44 : 1000

Digitized by Google

des Effectivstandes der Armee. Auf 1000 Aufnahmen überhaupt in Irrenanstalten kamen von 1872—1879 Soldaten 1,5. Das Verhältniss der aufgenommenen Soldaten zu den aufgenommenen Ackerbauern ist 12 : 1. Letztere verbleiben in der Familie in einem Drittel der Fälle. Ueberhaupt sind die Bedingungen für die Entwicklung der Geistesstörung in der Armee günstiger als im Civilleben. Die Officiere werden am stärksten betroffen, dann die Unterofficiere, am wenigsten die Soldaten. Unter den geisteskranken Officieren ist die Hälfte bis Dreiviertel paralytisch, bei den Soldaten kommt Manie und Melancholie, später Alkoholismus vor. Die Gefahr der Erkrankung wächst mit der Dienstzeit und scheint nach 14 Jahren fast vervierfacht.

Alkoholismus: Acuter Alkoholismus ist bei jüngeren Soldaten selten, chronischer Alkoholismus häufig bei alten Soldaten und Unterofficieren. Von 1875—1879 wurden deswegen 452 aufgenommen und starben 89, also 18 Todesfälle pro Jahr, 1 auf 25000 Mann, während in England 13 auf 100000 kommen.

Selbstmord: 1862—1869 kam 1 Fall auf 2000 Mann, in Paris 0,4 : 1000, in Frankreich 0,1 : 1000 im Allgemeinen.

1872—1879 kamen 3,3 Todesfälle durch Selbstmord auf 100 Todesfälle oder 0,35 pro 1000 Mann Effectivbestand. In der Civilbevölkerung dagegen gab es auf

1000 im Alter von 20—30 J. 0,11,
1000 Landleute 0,13,
1000 Städter . . . . . 0,23.

Nach den Monaten vertheilten sich die meisten Fälle von Selbstmord beim Militair auf Juli, August und wurden meist Schusswaffen benutzt.

***Kirn*, Trunksucht und Dipsomanie. Vortrag. — Deutsche med. Woch. 34.**

Die krankhafte periodische Trunksucht (Dipsomanie) ist Theilerscheinung einer allgemeinen psychischen Erkrankung. Die Anfälle werden regelmässig durch psychische Depressionszustände mit Parästhesien eingeleitet, welche den Antrieb zum Genuss geben. Heredität ist bei der vorzugsweise in die Zeit der Pubertätsentwickelung und des Climacterium fallenden Entstehung der Dipsomanie von Bedeutung. Auf der Höhe des Anfalls kann es zu consecutiven psychischen Erscheinungen in Folge des Alkoholgenusses kommen. In einem Fall aus *K.*'s Beobachtung erwies sich der Gebrauch von Opium erfolgreich. Es handelte sich um eine deutlich ausgeprägte, im Climacterium vor 5 Jahren entstandene Dipsomanie, mit ganz freien Intervallen; im Beginn der mit Oppressionsgefühl [illegible] Anfälle gereichtes Opium coupirte dieselben.

Digitized by Google

Magnan, De la Dipsomanie. Klinische Vorlesungen, redigirt von ***Briand.*** — Progrès med. 1884, 4 ff. — Clinical lectures on Dipsomania. Uebersetzung der ***Magnan***'schen Vorträge von ***Stedmann.*** — Alienist and Neurologist. Oct.

Der Name Dipsomanie ist von ***Hufeland*** 1819 gegeben dem zuerst von russischen Aerzten beschriebenen und richtig gewürdigten krankhaften periodischen Trieb zum Trunk.

Aetiologie: Wesentliche Grundlage ist hereditäre Anlage; körperliche und erworbene Ursachen, besonders Climacterium können von Einfluss sein. Abzuweisen ist die ***Esquirol***'sche Auffassung der Dipsomanie als Monomanie, wie Monomanien überhaupt nicht existiren, und wie sich auch durch die in den Intervallen zu beobachtende Bizarrerie, Melancholie oder sonstige geistige Abnormität der Dipsomanen ausspricht. — Keineswegs ist Dipsomanie die Folge und Steigerung von Trunksucht, sondern eine Affection für sich.

Symptome: Zum Unterschied vom Trinker der durch Gelegenheit und Neigung sich berauscht, trinkt der Dipsomane nur in den Anfällen, die von 2—14tägiger Dauer in längeren oder kürzeren, meist sich verkürzenden Intervallen eintreten. In den Intervallen kann Abneigung gegen jedes alkoholische Getränk, kann aber auch gewöhnliche Trunksucht bestehen, in den Anfällen wird kein Getränk und kein selbst gemeines Mittel solche zu verschaffen, verschmäht. Die Anfälle sind eingeleitet von körperlichem Unbehagen und psychischer Depression, auch Angstzuständen, und endigen mit Ekel und Schaam bis zum Lebensüberdruss. In den Anfällen kann es zu acuten Alkoholpsychosen kommen, die typisch verlaufen.

Der Geisteszustand der Dipsomanen ist in den Intervallen nicht normal, auch wenn sie für diese Anfälle einsichtig sind. Sie leiden an Folie raisonnante oder an melancholischer Verstimmung, sind bizarr, reizbar, oder hysterisch, wie überhaupt typische Dipsomanie häufiger bei Weibern als bei Männern vorkommt. — Verwechslung ist möglich mit Alcoholismus und progressiver Paralyse. — (In den eingestreuten Krankengeschichten begegnet man Schwachsinnigen, Hallucinanten, Melancholikern. Der innige Zusammenhang der dipsomanischen Anfälle mit impulsivem melancholischen Irresein ist nicht genügend betont.)

Behandlung: Roborantien, Hydrotherapie, Arsenik in den Intervallen, warme Bäder, Heissluftbäder und Isolirung in den Anfällen.

Für die Handlungen im Anfall ist Unzurechnungsfähigkeit zu erklären.

Rothamel, Ueber Dipsomanie. Dissertation. — Berlin.

Ausführliche Literaturangaben über Dipsomanie und einige Beobachtungen aus der ***Mendel***'schen Klinik. In einem Fall gelang es wiederholt, durch Morphiuminjection die beginnenden Anfälle zu corrigiren. In einem anderen Fall griff ein Patient selbst zu solchem Mittel und starb an acuter

Digitized by Google

Chloralintoxication. Neurosen sind oft der Ausgangspunkt des periodischen Trinkens.

***Moeli*, Statistisches und Klinisches über Alkoholismus. — Charité-Ann. 1884 (Neurol. Centralbl. 14).**

In einem etwa 4 Jahre umfassenden Beobachtungszeitraume hat die Zahl der in die Charité aufgenommenen Kranken mit Delirium alcoholicum ungemein zugenommen (um etwa 60 pCt. im Jahre 1883/84 gegen das Jahr 1880/81), während die Aufnahmezahl der Geisteskranken nur geringe Schwankungen (um etwa 12 pCt) erfuhr.

Von der Gesammtaufnahme liess sich bei fast 40 pCt. der Ursprung der Erkrankung im Alkoholismus annehmen. Die Mehrzahl betraf Fälle, in denen Delirium tremens oder Krämpfe mit oder ohne Delirium vorhanden war. Als Geisteskranke im engeren Sinne liessen sich jedoch nur etwa der neunte Theil der Kranken, bei denen Alkoholmissbrauch als Ursache der Erkrankung angenommen werden musste, bezeichnen.

Bei 12,5 pCt. der geisteskranken Männer konnte Alkoholmissbrauch als Ursache der Geisteskrankheit sicher festgestellt werden.

Der habituelle Genuss von Alkohol in mittleren Mengen ist bei den unteren Volksklassen Berlins weit verbreitet. Unter den geisteskranken Männern tritt aber der Alkoholismus als ätiologisches Moment nicht mehr in den Vordergrund, als bei den Geisteskranken anderer Orte; ob das Delirium tremens in Berlin häufiger ist, als anderswo, lässt sich nicht entscheiden.

Epileptische Anfälle sah *M.* in 36—40 pCt. der Alkohol-Deliranten plus Alkohol-Krampfkranken. Bei den alkoholischen Geisteskranken ist die Epilepsie in etwa 10 pCt. vorhanden. Die Epilepsie trübt die Prognose, unter den Gestorbenen ergab sich ein Procentsatz von 58 für die an Krämpfen Leidenden. Bei einem Theile der Sectionen konnten Befunde am Centralnervensystem oder grobe Veränderungen innerer Organe nicht festgestellt werden.

Die bei Alkoholisten im Augenhintergrunde vorkommenden Veränderungen: Abblassung des temporalen Papillenabschnittes in 16 pCt., Trübung des Augenhintergrundes in etwa 20 pCt. gefunden, sind bei den Epileptischen nur wenig häufiger als bei den einfachen Deliranten. Bei den Geisteskranken sind dieselben seltener. Auch die Amblyopie kommt bei Krampf- und Nichtkrampfkranken vor. Dagegen ist die von *Thomsen* hervorgehobene concentrische Gesichtsfeldbeschränkung nur bei krampfkranken Alkoholisten und bisher immer zugleich mit Sensibilitätsstörungen beobachtet worden. Gesichtsfeldeinengung und Hemianalgesie sah *M.* bei einer Nichtalkoholisten auch nach einem Strangulationsversuche ohne voraus gehenden Krampfanfall auftreten.

Im Anschlusse an einen früher von ihm beobacht
phischer Lähmung der Unterschenkelstrecker theilt *M*
mit, in welcher ein schwerer Potator nach öfteren D

Digitized by Google

siblen Reizerscheinungen in den Beinen und Amblyopie mit Abblassung der temporalen Papillenhälften von einer zunehmenden Lähmung, namentlich der Streckmusculatur am Oberschenkel mit Volumsabnahme und EaR der Muskeln befallen wurde. Tod nach mehreren Monaten an Pneumonie. Die Section ergab ausser hämorrhagischer Pachymeningitis Veränderungen an der Musculatur der Beine, mikroskopisch waren in den Extensoren deutliche Degenerationsvorgänge nachzuweisen. Während das Rückenmark nichts Abnormes wahrnehmen liess, waren im Stamme des N. cruralis und einem Muskelaste desselben eine Anzahl von Nervenfasern degenerirt. Mit Rücksicht auf die im Leben beobachtete EaR ist die Erkrankung der Nerven als das Primäre anzusehen. In diesem Falle von atrophischer Lähmung und sensiblen Störungen bei Alkoholismus war die nachweisbare Läsion also vollständig auf das periphere Nervensystem beschränkt. Möglicherweise sind auch die nur im Gebiete der Sensibilität an den Unterextremitäten auftretenden Symptome bei Alkoholisten auf eine Erkrankung der peripheren Nerven zurückzuführen, die so häufige Affection des Opticus, resp. der temporalen Fasern desselben, ist in dieser Beziehung erwähnenswerth.

Dreschfeld, Ueber Alkoholparalysen. — Brain. Juli. Neurol. Centralbl. 19.

Von den auf der Basis des chronischen Alkoholismus entstehenden Lähmungsformen bespricht Verf. eine durch Ataxie und eine durch Lähmung ausgezeichnete Gruppe. Die Fälle der ersten Art sind der Tabes ähnlich: Lancinirende Schmerzen, Incoordination der Bewegungen, Fehlen der Sehnenphänomene. Aber gewisse Zeichen der Tabes, wie Arthropathien und die oculomotorischen Symptome fehlen.

Diese „Alcoolic ataxia" befällt vorwiegend Männer und kann mit der Entwöhnung vom Alkohol schwinden; ihre Grundlage ist eine multiple Neuritis der peripheren sensibeln Nerven.

Viel häufiger ist die Alkohollähmung. Sie betrifft vorzugsweise Weiber, die auch andere Zeichen des chronischen Alkoholismus bieten, mehr oder weniger acut werden die unteren, manchmal auch die oberen Extremitäten von Lähmung ergriffen, die befallenen Muskeln atrophiren und zeigen Entartungsreaction.

Die Hautreflexe sind abgestumpft, die Sehnenphänomene fehlen.

Hyperästhesien, Störungen des Temperatursinnes und lancinirende Schmerzen treten auf, Anästhesie und Analgesie können folgen. Oft gesellen sich Cerebralerscheinungen, Delirium etc. hinzu und führen zum Exitus. Verf. fand entsprechend den *Moeli*'schen Erfahrungen Rückenmark und hintere Wurzeln intact, dagegen erhebliche Degeneration der peripheren Nerven.

Der Verf. macht noch aufmerksam auf bei Alkoholisten vorkommende

Digitized by Google

Visceralneuralgien, Anfälle von Kolik ohne Erbrechen, die durch Alkoholabstinenz schwinden etc.

Die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus erinnern in vielen Beziehungen an die durch Bleiintoxication geschaffenen nervösen Störungen und kann man an vasomotorische Einflüsse als gemeinsame Grundlage denken. — Die Behandlung durch Alkoholabstinenz, durch Opium, Strychnin und Hydrotherapie kann in frischen Stadien erfolgreich sein. Von Jodkali hat Verf. keinen Nutzen gesehen.

***Seligmüller*, Myelitis der Potatoren. — Section für Neurol. und Psych. der Naturforscherversammlung zu Magdeburg. Neurol. Ctrbl. 20.**

Für die Annahme einer Spinallähmung der Trinker spricht sich die Mehrzahl der Autoren aus, obwohl positive Sectionsbefunde im Rückenmark bisher nicht beigebracht sind. Auch die 4 Fälle, welche der Vortragende beschreibt, entbehren dieses Beweises. Doch glaubt *S.* den Sitz des Leidens im Rückenmark suchen zu müssen. Es sind zwei leichtere Fälle, in denen die Symptome: heftige vage Schmerzen in den Extremitäten und in der Lendengegend, Schwäche in den Beinen, welche zeitweise das Gehen und Stehen zur Unmöglichkeit machten, verbunden mit dem Gefühl von Brennen und Taubsein in den Füssen — nach dem Aussetzen des Alkohols völlig verschwanden. Sodann zwei schwere Fälle. Nachdem wiederholt Schwäche in den Beinen zeitweise bestanden, kam es eines Tages plötzlich zur Lähmung beider unteren und darauf auch beider oberen Extremitäten. Dabei heftige Schmerzen in den Extremitäten, die als Hyperästhesie noch geraume Zeit fortbestanden und ein Gefühl von Vertaubung in Händen und Füssen welches sich bald verlor. An den gelähmten Extremitäten entwickelten sich in rapider Weise starke Contracturen: Greifenklauen, Beugecontracturen im Hand- und Ellenbogengelenk, an den Füssen Klumpfussstellung. Die Erregbarkeit der Nerven und Muskeln für beide elektrische Ströme war herabgesetzt, Entartungsreaction fehlte. Dagegen trat schnell Atrophie der Muskeln auf. Blase, Mastdarm, Potenz intact. Einen zeitweiligen Nachlass im Abusus der Spirituosen bewirkte Besserung der Erscheinungen, besonders der Contracturen.

***Achroyd*, The history and the science of drunkeness (Geschichte der Trunksucht). — London. Simpthin.**

***F. D. Crothers* (Hartford, conn.), Acute impulsive Inebriety (acute Trunksuchtsanfälle). — (The med. Record 13. Sept. 1884.) Ref. *Erlenmeyer*'s Centralbl. 13.**

Verf. kommt bei Besprechung seines Themas zu folgenden Schlusssätzen:

1) Acute Trunksucht befällt Personen, die vorher mässig, dem Alkol

Digitized by Google

nicht ergeben waren. Sie zeichnet sich dadurch aus, dass sie die geistigen und physischen Kräfte des Betreffenden schnell zerstört.

2) Alle Fälle lassen sich auf angeborene oder erworbene Bedingungen, einige auch auf beide zugleich, zurückführen. Gewisse Ursachen bringen regelmässig die in Frage stehende Form der Trunksucht hervor. Alle Fälle enden in periodische oder continuirliche Trunksucht.

3) Bei der Beseitigung des Uebels spielt Hospitalbehandlung eine wichtige Rolle.

4) Diese Fälle verdienen ärztlicherseits besonders genau studirt zu werden.

***Krücke*, Die Pseudotabes der Alkoholisten — D. Medicinal Ztg. No. 72.**

Beim chronischen Alkoholismus kommen functionelle Störungen des Rückenmarks und der spinalen Nerven vor, die in Ataxie und Lähmungen bestehende Tabes vortäuschen können; man beobachtet dieselben Initialsymptome, oft auch das Fehlen der Sehnenreflexherabsetzung von Druck- und Temperatursinn, bei starker Empfindlichkeit für den faradischen Strom; zuweilen Abblassung der Papilla n. opt. (? !); die Temperaturcurve zeige ein weites Auseinanderliegen der Maxima und Minima des gleichen Tages. — Vorkommen wesentlich bei Trinkern höherer Stände, „nervösen Trinkern", selten bei eigentlichen Gewohnheitstrinkern.

***Madden*, Ueber Alkoholismus bei Kindern. — Brit. med. Journ. August 1884. Ref. Wiener med. Woch. 47.**

In der Brit. med. Association besprach *M.* das zunehmende Vorkommen des Alkoholismus bei Kindern und jugendlichen Individuen und erwähnt eines 8 Jahre alten Knaben, welcher wegen ausgesprochenem Delirium tremens in seiner Spitalbehandlung stand; ein anderer ebenfalls 8 Jahre alter Zeitungsträger litt an alkoholischer „Blutvergiftung", Marasmus und Ekzem. In anderen Fällen, u. A. bei einem $5^1/_2$ Jahre alten Mädchen, trat im Verlaufe acuter Erkrankungen die Unmässigkeit im Genusse geistiger Getränke zu Tage, in anderen Fällen erlitten Kinder im trunkenen Zustande verschiedene Verletzungen etc. In der Mehrzahl der Fälle war diese Tendenz der Kinder eine ererbte, und zwar zumeist von den Müttern überkommen. Bei diesen letzteren ist die Unmässigkeit im Genusse der Alcoholica sehr häufig auf das Bestreben zurückzuführen, dysmennorrhoische Beschwerden dadurch zu übertäuben. Auf diese Weise werden sie leicht Gewohnheitstrinkerinnen, die diese Tendenz entweder auf die Kinder vererben oder ihnen selbe ebenfalls angewöhnen.

Anknüpfend an diese Mittheilung constatirt Dr. *Barlow*, dass es in den unteren Ständen als etwas ganz Gewöhnliches gilt, kleinen Kindern, selbst Säuglingen, angeblich gegen Flatulenz, Branntwein (Gin) täglich auch meh-

Digitized by Google

rere Male zu verabreichen, und dass Bier allgemein gegeben wird. Im Kinderspitale in Great Ormond Street hatte er mehrere Fälle von ausgesprochener Lebercirrhose mit Ascites, in welchem nur der lange fortgesetzte Genuss alkoholischer Getränke als Ursache der Krankheit beschuldigt werden konnte, wofür auch gewisse Erscheinungen in vivo sehr deutlich sprechen.

L. Langer, Veratrin beim chronischen Alkoholismus. — Ref. *Erlenmeyer*'s Centralblatt. No. 14.

Feris hat angegeben, dass das Zittern beim Alkoholismus, bei nervösen Affectionen und auch bei febrilem Zustande nach dem Gebrauch von Veratrin ($^1/_2$ mg 4 mal des Tages) schon nach den ersten Dosen sich bessere, nach 10 Tagen aber dauernd schwinde.

Langer hat das Veratrin bei 20 Alkoholikern angewendet und bei 13 Kranken vollständiges Aufhören des Zittern und bei 7 Besserung erzielt. Dennoch ist er nicht geneigt, den Erfolg auf Rechnung des Veratrins zu schieben, weil er den gleichen Erfolg beiläufig in der nämlichen Zeit auch an anderen, mit indifferenten Mitteln behandelten Kranken gesehen haben will. In Fällen, wo der Tremor durch Erkrankungen des Centralnervensystems bedingt war, fand er, auch wenn er bis zu einer Tagesdosis von 0,003 stieg, gar keine Wirkung.

Bradley Fox, Exaltation im chronischen Alcoholismus. — The Journal of mental science. Juli.

Verf. constatirt Grössenideen bei 10 von 18 beobachteten chron. Alkoholisten. Nach mancherlei in so allgemeiner Fassung nicht haltbaren Bemerkungen zur Differentialdiagnose des Grössenwahns der Alkoholisten, Paralytiker und Onanisten (?) kommt er zum Schlusse, dass kein psychisches Symptom existire, welches die „Exaltation" der Alkoholisten von der der Paralytiker mit Gewissheit unterscheiden lasse. Auch die somatischen (motorischen) Erscheinungen können sich anfänglich so gleichen, dass nur die Zeit die Diagnose klar stellt. Die Grössenideen der Alkoholisten sollen von Gehirnhyperämie herrühren und schlechtester Prognose sein.

Crothers, Inebriety associated with imbecillity (Trunksucht bei Schwachsinn). — Alienist and Neurologist. Jan.

Trunksucht ist bedingt durch erworbene oder ererbte krankhafte Disposition oder ist Theilerscheinung einer abnorm psychischen Entwicklung. In letzterer Beziehung ist sie in enger Verbindung mit Schwachsinn (in des Wortes weitester Bedeutung) und Moral insanity. Verhängnissvoll kann geistige Ueberanstrengung unbegabter Kinder werden, besonders aber neigen zum Trunk Naturen, die durch frühzeitige Talente glänzten oder durch ein-

Digitized by Google

seitige Begabung früh in eine Stellung und Verantwortung kamen, zu der es ihnen an der harmonischen geistigen Ausbildung gebricht.

***Crothers,* Ansteckung der Trunksucht. — The Alienist and Neurol. Oct.**

Viele Worte um den Satz, dass Trunksucht oft durch den persönlichen Verkehr Verbreitung findet. Was man sonst Macht des Beispiels nannte, ist für *C.* die Beeinflussung einer hereditären oder erworbenen „empfänglichen (susceptible) nervösen Constitution durch einen psychisch überlegenen Menschen. Sowohl der periodische als der relativ mässige Gewohnheitstrinker, überhaupt der durch Charakter oder Erregung expansive, seine Gesellschaft dominirende Trinker übt auf den geistig durch Anlage oder Ueberarbeitung und Schwächung disponirten Menschen diese Wirkung aus.

***Wright,* Die verführerische Wirkung des Alkohols auf Neuropathische. — The Alienist and Neurol. Oct.**

Mit *Crothers* die Auffassung der Trunksucht als eines moralischen Fehlers verwerfend und sie allgemein für einen neuropathischen Zustand erklärend, macht *W.* bezüglich der häufigen Entwicklung von Trunksucht bei vorher nervösen Leuten darauf aufmerksam, dass diese ursprünglich nicht um sich zu stimuliren zum Alkohol greifen, sondern vielmehr um sich zu beruhigen.

***Crothers,* Unbewusstes Handeln in der Trunkenheit. — Journal of ment. and nervous disease. April.**

In Vervollständigung seiner früheren Angaben (1881) über Zustände von Bewusstlosigkeit (trance state) bei Trinkern stellt *C.* unter Anführung von Beispielen folgende Sätze auf:

1) Automatische, unbewusste Handlungen sind nicht selten bei Trinkern; dieser Zustand ist charakterisirt durch Verlust des Bewusstseins für die gleichzeitigen Ereignisse, von 1 bis mehrtägiger Dauer, ohne äusserlich auffallend zu werden.

2) Dieser Zustand rührt von einer tiefen Störung der Gehirnfunctionen und involvirt Unzurechnungsfähigkeit.

3) Dieser Zustand ist von Epilepsie verschieden, aber mit nervösen Affectionen verbunden und Folge der Trunksucht.

Häufig handelt es sich im Zustand des automatischen Handelns nur um die gewohnten alltäglichen Besorgungen; häufig auch ist der Trieb zu excentrischen und verbrecherischen Handlungen; zuweilen ist der Zustand Vorläufer einer Periode excessiven Trinkens.

Die angeführten Beispiele sind höchst auffällig: complicirte Handlungen und Reihen von Handlungen wurden äusserlich correct mit nachfolgender totaler Amnesie begangen, Geschäfte abgeschlossen, Reisen angetreten

Digitized by Google

u. dergl. (Es dürfte sich dabei doch vielfach um epileptische Zustände handeln; für die Unterscheidung von solchen sind keine Merkmale angegeben.)

Crothers, Klinische Studie über die Krankheit und Heilbarkeit der Trunksucht. — Am. Journ. of Med. Sciences. July 1882.

Ausführliches Referat d. Ztschr. XLI, 3. (Kurzes Referat XL, 3.)

Stark, Schlussbericht der Commission des ärztlich-hyg. Vereins betreffend die Bekämpfung der Trunksucht in Elsass-Lothringen. — Arch. f. öff. Gesundheitspflege von *Wasserfuhr,* Strassburg. 9. Band.

Thesen, verlangend die Vertheuerung des Branntweins, die Beschränkung des Kleinhandels, Strafbestimmungen gegen öffentliche Trunkenheit, Begünstigung anderer Getränke zur Verdrängung des Schnapses, Aufklärung und materielle Hebung des Arbeiters.

Vergl. Ref. diese Ztschr. XXXVII Suppl. und XXXVIII Suppl.

Stark, Der Kampf wider die Trunksucht. Vortrag im XXIII. Congress für innere Mission.

An historischen und statistischen Angaben reiche, übersichtliche und erschöpfende Arbeit über die Trunksucht und die Mittel zu deren Bekämpfung; im Sinne der Bestrebungen des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke und obiger Thesen.

Lammers, Mittheilungen des Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke. — Monatliches Organ dieses Vereins.

Bär, Die Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Vereinsthätigkeit. — Berlin. Enslin. 61 S.

Martins, Der Kampf gegen den Alkoholmissbrauch. — Halle. Strien. 348 S.

Thomann, Real and imaginary effects of intemperance. — New-York. 167 S.

Bespricht die amerikanischen Trinkerasyle und die gesetzgeberischen Maassregeln gegen die Trunksucht.

Pfarrer *Hirsch,* Ueber Trunksucht und ihre Bekämpfung. — Ref. im Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege IV, 1.

Bericht über das Trinkerasyl Lintorf bei Düsseldorf. Die Genesungsaussichten (42 pCt. bei halbjährigem Asylaufenthalt) steigen mit der Zei

Digitized by Google

der Alkoholentziehung, die bei 30 pCt. der Trinker nie mit Zwang erreicht werden kann.

Morphinismus.

***Peeters*, Ueber Morphinismus. — Bull. de la soc. de medecine mentale de Belgique 1883. 31, 32.**

Fusst vollständig und ausschliesslich auf den Arbeiten von *Levinstein* und *Erlenmeyer*. Morphinismus soll in Belgien zu den Seltenheiten gehören.

***Notta*, Das Morphium und die Morphiomanie. — Arch. gen. de med. Octbre. et Novbre.**

Enthält im Wesentlichen Bekanntes, grösstentheils nach den deutschen Autoren. Constatirt wird, dass der gewohnheitsmässige Morphiummissbrauch in Frankreich sehr um sich gegriffen hat, und die Pariser Demi-monde ihm sehr huldigt.

Bei Tagesdosen von 0,10 g soll das Morphium stets im Urin mit den bekannten Methoden nachweisbar sein. — *N.* spricht sich, ohne eigene Erfahrung, für die allmälige Entziehung aus; eifert mit Recht gegen die Leichtigkeit, mit der sich das Publikum Morphium und Spritze verschaffen kann.

***Hughes*, Die Opium Psycho-neurosis. — (Chronic Meconism or Papaverism.) — The Alienist and Neurologist. Jan.**

Die sich mehr auf Opiophagen als auf Morphiumspritzer beziehenden Beobachtungen des Verf. sind leider sehr ungeordnet und unvollständig dargestellt und ist kaum etwas Bemerkenswerthes hervorzuheben. — Therapeutisch: allmälige Entziehungskur unter arzneilicher Fütterung mit Tonicis und Nervinis.

***Obersteiner*, Morphiumsucht und ihre Behandlung. — Internat. Med. Congress zu Kopenhagen. Deutsche med. Woch. 34.**

Schon sehr geringe Dosen von Morphium, wenige Milligramm, genügen mitunter, um nach plötzlicher Entziehung des Mittels die bekannten Abstinenzerscheinungen zu erzeugen. Eine Dosis von $3^1/_2$ g scheint nur ganz ausnahmsweise überschritten zu werden. Uebrigens können bei fortgesetztem Gebrauche auch ziemlich hohe Tagesdosen ohne directe Lebensgefahr Jahre hindurch ertragen werden. Was die Behandlung betrifft, so ist nach *O.* weder die Methode der plötzlichen, noch die der langsamen Entziehung, noch endlich eine dritte in der Mitte stehende Methode unter allen Umständen verwendbar; vielmehr empfiehlt *O.* in erster Reihe die individuellen Verhältnisse zu berücksichtigen. Gegen die Abstinenzerschei-

Digitized by Google

nungen ist da Cocaïnum muratium zu 0,05 bis 0,1 pro dosi (in wässeriger Lösung innerlich mehrmals täglich) zu versuchen. Wo eine Entwöhnungscur von vornherein als aussichtslos erscheint, sollen die Kranken gar nicht den Qualen derselben unterworfen werden; also in Fällen, in welchen die krankhaften Zustände, welche zum Morphiumgebrauch geführt haben, noch fortdauern; sowie bei älteren sehr heruntergekommenen hochgradig nervösen oder mit Herzfehlern behafteten Personen. — Unter den einzelnen Symptomen der Abstinenzperiode ist der Collaps das einzig gefährliche, und kann auch noch in einer späten Epoche der Abstinenz zur Entwickelung kommen. Auch nach glücklich durchgeführten Kuren bleiben mitunter einige Folgeerscheinungen zurück, besonders auf dem psychischen Gebiete, selbst bis zu ausgesprochener Geistesstörung und Selbstmord.

Sehr häufig ist es nicht möglich, die Entziehungskur in der Privatpflege durchzuführen; anderseits bietet das Gesetz auch für Oesterreich keine Handhabe, um einen Morphinisten gegen seinen Willen in einer Anstalt zurückzubehalten.

Zambaco, Beitrag zum Studium der Morphiomanie. — L'encéphale 6.

Nachtrag zur früheren Arbeit des Verfassers (L'encéphale 1882; refer. diese Zeitschrift XL, 3), enthaltend einige seltene Beobachtungen. Constatirt wurde der normale Verlauf der Schwangerschaft während des gewohnheitsmässigen Morphiumabusus (bis 0,15 pro die) und die Unmöglichkeit der Entwöhnung während der Schwangerschaft. — Die stärkste beobachtete Dosis ist 5,0 Morphium pro die. Es werden sodann bedrohliche Erscheinungen bei Anstechen eines Gefässes resp. Nerven mit der Injectionsspritze erzählt, sowie von stürmischen Delirien und acuten Psychosen bei plötzlicher Entziehungskur berichtet.

Hinkley, Morphiomanie.

H. berichtet im New-York Med. Journ. (gemäss Arch. de Neurologie Juli 1884) von einer Morphiumsüchtigen, die sich in 24 Stunden bis 5,5 g Morphium injicirt. Ausser den regelmässigen Erscheinungen war bei ihr auffallend: Das Ausfallen der Haare und subnormale Temperatur.

Seltenere Intoxicationen.

(Nicotin, Blei, Aether, Schwefelkohlenstoff.)

Traymann, Zur chronischen Nicotinvergiftung. — Berl klin Wochschr. 43.

Nach Verf. beruhen manche Fälle von Neurasthenie, wie baren Organkrankheiten auf unbeachtetem Uebermaass vor

Digitized by Google

beobachtete als Folge: 1) epigastrischen Schmerz, Appetitmangel, der bei veränderten Lebensbedingungen sofort schwindet; 2) vasomotorische Störungen, Schnupfen, Hauterythem; 3) trübe Stimmung, Schlaflosigkeit.

***Snell*, Dementia paralytica nach Bleivergiftung. — Diese Ztschr. 41. Bd., 3. H.**

***Sédan*, Ein Aetheromane. — Gaz. des hôp. 1883, 106. Irrenfreund, 3.**

Ein 10jähr. Schüler ergab sich, anfangs behufs Lösung schwieriger mathematischer Aufgaben, später täglich dem Genuss von Aether und setzte dies 10 Jahre lang und bis 1 Liter pro Tag per os und per inhalationem verbrauchend, angeblich ohne besondere Folgen fort (bis zum Tode an Herzfehler).

***Voisin*, Geistesstörung nach Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff. — L'encéphale IV, 5.**

Zwei Fälle acuter Manie, von 3monatlicher Dauer mit prodromalen Kopfschmerzen und vagen nervösen Symptomen, bei jugendlichen Arbeitern einer Kautschukballonfabrik. — Behandlung heroisch: 4stündige kalte Ueberrieselung täglich, Vesicantien ad nucham, Morphium und Chloral. — In dem Anfall kein Fieber, keine sexuellen Reizsymptome (auf die *Delpech* besonderes Gewicht bei dieser Vergiftung gelegt), nach Genesung volle Erinnerung.

Lyssa.

***de Beurmann*, Ein Fall von Lyssa beim Menschen. — Rev. de med. Août, pag. 628.**

Typischer Fall von Lyssa bei einer 43jährigen Dame.

Die Infection war aller Wahrscheinlichkeit nach nicht durch einen Biss, sondern dadurch erfolgt, dass eine kleine Excoriation an der Oberlippe von dem bald darauf an sicher constatirter Lyssa gestorbenen Wachtelhündchen der Patientin beleckt war. Trotz dieses dem Centralnervensystem nahe gelegenen Ortes der Infection (ein Umstand, welcher von anderer Seite für wichtig erklärt worden ist), verstrich eine Incubationszeit von 16½ Monaten, ehe die deutlichen Symptome der Lyssa bei der Dame zum Ausbruch kamen. Schon mehrere Monate vorher hatte sich aber bei derselben eine eigenthümliche, vorher nicht vorhandene nervöse Erregbarkeit und Exaltation gezeigt. Die Krankheit selbst verlief in wenigen Tagen tödtlich.

Die Section konnte nicht gemacht werden.

Beachtenswerth in dem Falle sind die sicher constatirte lange Incubationsdauer und die mehrmonatlichen psychischen Prodromalerscheinungen,

Digitized by Google

welche nicht auf die Wirkung der Furcht vor der Krankheit zurückgeführt werden konnten.

***Pasteur*, Ueber Abschwächung des Hundswuthgiftes. — Compt. rend. des academies med. 1884, 21.**

P. will ein Verfahren gefunden haben zur Abschwächung und Präventivimpfung des Hundswuthgiftes. Wenn dieses Gift den Körper des Affen passirt, so schwächt es sich bei jeder Uebertragung in seiner Wirkung auf Hunde mehr und mehr ab; wird es jedoch durch den Körper von Kaninchen wiederholt durchgeleitet, so steigert sich seine Virulenz derart, dass es, Hunden intracraniell injicirt, diesen ausnahmslos eine tödtliche Hundswuth beibringt.

Hundswuthgift, welches durch Passirung des Affenkörpers abgeschwächt ist, erreicht bei den ersten Durchgängen durch Kaninchen nicht gleich die tödtliche Virulenzstufe, wohl aber eine solche Infectiosität, dass Hunden dadurch eine abgeschwächte Form der Rabies beigebracht werden kann, welche die Thiere gegen spätere Einwirkung des stärksten Hundswuthgiftes immun macht.

Pasteur giebt sich auf Grund einiger günstig ausgefallener vorläufiger Versuche der Hoffnung hin, dass es gelingen werde, Individuen, welche von wuthkranken Thieren gebissen worden sind, durch in der Incubationszeit vorgenommene präventive Impfungen vor dem Ausbruch der Krankheit zu schützen; doch müssten erst diese Experimente noch vielfach wiederholt werden, ehe man daran denken könne, diese Prophylaxe auf den Menschen auszudehnen?

Ausführlicheres Referat:

***Thieme, Pasteur*'s Bericht an die Academie der Wissenschaften. — Deutsche Medicinische Wochenschrift No. 23.**

***Feletti*, Ein Fall von Lyssa humana. — Ref. in Progr. med. 39.**

Ausbruch der Lyssa 40 Tage nach dem Biss eines Hundes in die Lippen; im Blute „Mikrocites", wie sie *Salvioli* bei tollen Hunden gefunden.

---

11. Idiotie und Cretinismus. Referent: Köhler-Hubertusburg.

***D. Berkhan*, Ueber das Stottern, seine Beziehung zur Armuth und seine Behandlung. — Archiv f. Psych. u. Nervenk. B. XIV.**

Es ist eine dankenswerthe Aufgabe, welche sich Vf. stellt, das Uebel des Stotterns, dass er als Stiefkind der ärztlichen Kunst hinstellt, weil

Digitized by Google

bisher so wenig für dasselbe in dem Bereich der Wissenschaft geschehen, in seinem Wesen zu erforschen und für seine Beseitigung mitzuwirken. Er unterscheidet Stotternde, bei denen ein krampfhaftes, unter den Erscheinungen von Befangenheit oder Angst wiederholtes Hervorstossen von Consonanten oder Vocalen oder gänzliches Unvermögen, dieselben hervorzubringen besteht; und Stammelnde, bei denen ohne psychische Angst bestimmte Consonanten, seltener Vocale, garnicht, oder unrichtig ausgesprochen werden: „Mardete Jiper, Reichentate" statt „Margarethe Sievers, Reichenstrasse". Beide verwandte Zustände scheidet Vf. je nach der Heftigkeit der Erscheinungen oder der Angstzustände einerseits und nach der Unverständlichkeit andererseits in 3 Grade. Die angestellten statistischen Erörterungen in der Stadt Braunschweig haben zu der Annahme geführt, dass das Uebel vorwiegend bei den ärmeren Ständen und zwar bei Knaben beobachtet wird; unter 86 behafteten waren 72 Knaben und 14 Mädchen, sämmtliche gehörten dem Arbeiterstande an. Ein gleiches Verhältniss fand sich in Braunschweig hinsichtlich des Idiotismus und der Taubstummheit, denn von 116 Idioten waren nur 8 aus der reichen Klasse und die 53 Taubstummen waren sämmtlich aus den ärmeren Ständen. Unter diesen waren 65 pCt. männliche Idioten und 66 pCt. männliche Taubstumme, eine Analogie, welche im hohen Grade auffallend ist.

Dem Alter nach nahm das Stottern der Häufigkeit nach vom 13. Jahre an auffallend ab und wurde hauptsächlich bei Erst- und Zweitgeborenen, seltener bei Mehrgeburten beobachtet und von den vorgefundenen Schädelabnormitäten traten besonders die Kugelform und die starke Entwickelung der Schläfentheile hervor. Noch mehr aber machte sich die meistens auffallend geringe Differenz zwischen dem Schädel- und dem Brustumfang bemerkbar, denn unter 23 (19 m. 4 w.) betrug dieselbe bei 1 = 5,5 cm, bei 4 = 5 cm, bei 3 = 4,5 cm, bei 3 = 4 cm, bei 2 = 3 cm, bei 1 = 2,5 cm, bei 4 = 2 cm, bei 1 = 1,5 cm, bei 3 = 1 cm und bei 1 = 0; nur bei 4 Knaben war diese Differenz ungewöhnlich gross: 15—19 cm. In gleicher Weise auffällig fand sich die abnorme Gestaltung des Gaumens und des Unterkiefers bei Stotternden (wie bei Idioten und Taubstummen) und die meist sehr schwache Entwickelung der Brustmuskeln; endlich auch die Complication von Stottern mit Idiot. und das gleichartige Stottern unter Geschwistern. Der Einfluss des Stotterns auf das Gemüthsleben und sogar auf die geistige Entwickelung ist sehr wesentlich und daher Abhülfe dieses Uebels dringend geboten. Zu diesem Zwecke hat Vf. einen Heilplan entworfen, der hauptsächlich auf einer Gymnastik der Brustmuskeln, des Zwerchfells und des Stimmapparates beruht durch genau abgemessene Regulirung des In- und Exspiriums mit Lautiren correcter Aussprachen von Silben, Worten bis zum Lesen und tactmässigem Sprechen. Der Unterricht erheischt eine Zeit von 5—6 Monaten mit wöchentlich 3 Stunden.

Digitized by Google

Dr. *Berkhan*, Bericht über den Massenunterricht stotternder und stammelnder Schulkinder behufs Beseitigung ihres Uebels. — Arch. f. Psych. B. XV.

Nach dem von einem Lehrercollegium geprüften und acceptirten Unterrichtsplan des Vf. zur Heilung des Stotterns und Stammelns wurde durch eine niedergesetzte Commission die Aufgabe 4 Lehrern, darunter 2 Taubstummenlehrer, gestellt, diesen Unterricht zu übernehmen und dazu die Dauer von 3 Monaten mit wöchentlich 6 Unterrichtsstunden festgesetzt. Es nahmen an dem Cursus 27 stark und mittelstark Leidende theil und es endigte derselbe nach 12—15 Wochen. Die Resultate des Unterrichtes wurden in dem von jedem der betheiligt gewesenen Lehrer erstatteten Bericht niedergelegt.

I. 4 Stammler (2 Mädchen, 2 Knaben) höheren Grades waren einem Taubstummenlehrer übergeben worden, es fehlten denselben fast sämmtliche Lippen-, Zungen- und Gaumenlaute, in Folge dessen das Sprechen ganz unverständlich war. Innerhalb der angegebenen Frist lernten sämmtliche 4 Kinder deutlich die ihnen fehlenden Laute sprechen, mit Vocalen verbinden und vollkommen gut lesen und sich unterhalten.

II. 9 hochgradige Stotterer von einem Taubstummenlehrer unterrichtet, von 8—13 Jahren, unter denen nur 3 mittleren Grades, die übrigen sämmtlich hochgradig stotternd, 6 litten an schwacher Brust, 2 an Zuckungen der Gesichts- und Halsmuskeln (Chorea?), 3 waren sehr kräftig gebaut. Von allen wurden 8 geheilt, 1 wesentlich gebessert.

III. 7 Stotternde, 3 hochgradig, 4 mittelgradig; von einem Volksschullehrer unterrichtet; von den ersteren war 1 geheilt, 1 gebessert und 1 ungeheilt geblieben; die mittelgradig Stotternden waren sämmtlich schon nach 8 Wochen als geheilt aus dem Unterricht entlassen worden.

IV. 6 Stotternde, von einem früheren Taubstummenlehrer unterrichtet. Darunter waren 4 hochgradig stotternde, von denen 2 gebessert wurden, 2 als ungeheilt verblieben, der eine wegen intercurrirender Masernkrankheit, der andere wegen erhöhter psychischer Erregtheit (Concurrenz-Neid); 2 mittelstark stotternd, beide geheilt.

Von diesen 27 Sprachkranken waren 20 geheilt, 6 gebessert, 1 verschlimmert; unter den geheilten waren 16 Stotternde, 4 Stammler; ein Resultat, welches nicht blos die richtige Erkenntniss und Methode documentirt, sondern auch zur Nacheiferung für alle Volksschulen und Lehrer anspornen sollte!

Dr. *Berkhan*, Ueber die Störung der Schriftsprache bei Halbidioten und ihre Aehnlichkeit mit dem Stammeln. — Archiv f. Psych. XVI. 1.

In der Fortsetzung seiner interessanten Beobachtungen über Id
Vf. eine grosse Aehnlichkeit zwischen dem Stammeln in der Laut- u
Schriftsprache gefunden, indem die abgeschriebenen Worte in ganz a

Digitized by Google

Weise verstümmelt und die einzelnen Buchstaben umgestellt oder falsch wiedergegeben werden, wie beim Stammeln. Er weist das an einer Menge von Beispielen nach, die er an einer Anzahl von Schülern der Nachhülfsklassen Braunschweigs bei schwach befähigten Kindern vorgefunden hat und kommt zu dem Schluss, dass dergleichen „Schriftstammler" in gleicher Weise und nach gleicher Methode zur Heilung gebracht werden können, wie die „Sprachstammler". Indess hat Ref. diese Beobachtung nicht blos an Idioten und Halbidioten, sondern ganz besonders auch an Paralytikern gemacht, welche beim Lesen und Schreiben ganze Worte weglassen, Buchstaben und Silben verstellen, so dass die intendirten Worte kaum wieder zu erkennen sind. Ebenso ist es eine bekannte Erscheinung, dass in den Ausgangsstadien der Psychosen mit fortgeschrittenem secund. Schwachsinn dergleichen Schriftsprachverstümmelungen in Briefen vorkommen: „isch grüsse disch", „liebe Mutte isch erschreife die Fetter" etc., so dass man annehmen muss, dass diese Incohärenz und mangelhafte Coordination mit einem Defect in der Vorstellung und fehlerhaften Innervation im Zusammenhange stehen möchte.

---

12. Anstaltswesen. Referent: Laehr-Schweizerhof.

Dr. ***Sommer,*** **Bericht über eine Informationsreise. — 24 S. in 4°.**

In Bremen sind 130 Pfleglinge in Familienpflege auf dem Lande untergebracht, 10 km von der Stadt entfernt in der Gemeinde Oberneuland. In 50 Bauernhäusern sind c. je 2 Kr. untergebracht, besonders bei den Tagelöhnern der grossen Bauern. 1—2 Kr. haben eine Stube für sich mit 12—15 ^{3} m Raum. Sie leben mit der Familie. Pension 10—20 M. monatlich nebst Kleidung und Bett. Unter Controlle von Dr. *Engelken* ist ein Aufseher für 600 M. angestellt. Die meisten kommen aus der Heilanstalt dahin.

Aehnlich in Ilten bei Hannover unter Dr. *Wahrendorff*, wo 50 Irre bei Bauern untergebracht sind. Pension 270 M. Die Anstalt desselben nahm auch in den letzten Jahren 300 Pfleglinge auf, theils in einem geschlossenen Hause, theils in einer Colonie. Die Kranken werden alle 14 Tage in der Centralanstalt gebadet und gewogen.

In Allenberg waren 1882 5,9 pCt. der Kranken mit dem Strafgesetz in Conflict, 2,3 pCt. allein von Zuchthäuslern. Nur die Anstalten in Marburg und Altscherbitz sind von deren Aufnahme frei. In Dalldorf waren 12,4 pCt. solcher Kranker mit je ein Wärter auf 5 solcher Kranker. Verf. befürwortet die Einrichtung von Irrenstationen in Strafanstalten und beschreibt die der Strafanstalt in Waldheim näher.

Digitized by Google

***Schultz,* On Asylum location, construction and sanitation. — Amer. J. of Ins. Oct.**

Eine Anstalt liege nahe einer grösseren Stadt, in gesunder Gegend, habe genügenden Wasserreichthum und die Möglichkeit, die Abwässer ohne Mühe abzuleiten. Ihr gehöre mindestens $^1/_2$ Morgen (acre) pro Kopf. Der Plan werde gemacht vom Sachverständigen, nicht vom Baumeister, der die innere Einrichtung der Façade unterordnet, und richte sich nach der Bestimmung, ob privat oder öffentlich, für Reiche oder Arme etc. Ueberall aber ist das Wichtigste ein zahlreiches, intelligentes Pflegepersonal und reichliche Nahrung in genügender Abwechselung. Je weniger die Anstalt auch im Aeusseren als Zwangsaufenthalt erscheint, desto mehr frisch Erkrankte werden sie aufsuchen. Wie in einer Anstalt die Kranken nicht nach der Form und Dauer der Psychose oder nach ihrer Heilbarkeit vertheilt werden, so sollten sie auch nicht hiernach, sondern nach practischen Gesichtspunkten auf die einzelnen Anstalten vertheilt werden. Grosse gemeinsame Speisezimmer und Baderäume sind besser als mehrere kleinere. Grosse Corridore mit viel Licht und Luft sind nöthig, ebenso grössere gemeinsame Schlafzimmer, deren Ueberwachung leicht ist. Die Wärter, besonders bei den Unruhigen, sollen nicht bei den Kranken schlafen und essen, damit sie gestärkt und erfrischt ihren Dienst thun können. Maassregeln gegen etwaige Feuersgefahr sind nothwendig.

***Howden,* Precautions against Fire in Lunatic Asylum. — J. of ment. sc., April.**

Um beim Entstehen von Feuer gerüstet zu sein, verlangt Verf. zunächst genügenden Wasservorrath. Feuerhähne in der Wasserleitung müssen vom Gebäude etwa 80 Fuss entfernt sein, um bei der Hitze eines grossen Feuers noch benutzbar zu sein, es genügen wenige, da man durch Schläuche überallhin gelangen kann. Grosser Werth ist auf bequeme und leichte Verbindung der Schläuche zu legen. Wassereimer und Handspritzen müssen überall vertheilt sein und können für gewöhnlich zum Fensterreinigen verwandt werden. Auf jedem Treppenabsatz muss allnächtlich Licht brennen und Laternen müssen überall leicht zu haben sein. In jeder Anstalt müssen etwa monatlich Feuerwehrübungen stattfinden und die Geräthschaften beisammen und mit gewöhnlichem Schlüssel zu erreichen sein. Möglichst alle Thüren sollen nach aussen sich öffnen und mit einem Drücker, nicht mit Schlüssel verschlossen sein. Die Gebäude sollen womöglich nur zweistöckig sein.

La colonie de Gheel et le Dr. *Tucker*. — Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. No. 32.

Die Angriffe, die Dr. *Tucker* aus Australien in den Morning News gegen Gheel richtete, und die sich hauptsächlich auf die Wohnung und Behandlung der Kranken bezogen, werden scharf zurückgewiesen. Nebenbei

Digitized by Google

wird mitgetheilt, dass eine wallonische Irrencolonie beabsichtigt wird, da die Wallonen sich im flandrischen Gheel wie im Exil befänden. Zum Schluss wird ein Aufsatz, den Dr. *Smith* in einer australischen Zeitung veröffentlicht hatte, und der — nach der Ansicht des Verf. — Dr. *Tucker* zu seinem Angriff veranlasst haben soll, ausführlich mitgetheilt. Derselbe schildert Gheel in den günstigsten Farben und soll in Australien solchen Erfolg gehabt haben, dass in Victoria ein Versuch gemacht wird, die „Gheeler Behandlung" einzuführen.

***Godding*, Progress in Provision for the Insane. 1844—1884. — Am. J. of Ins. Oct.**

1844 bestanden 25 Anstalten, darunter 13 staatliche, in den Vereinigten Staaten und Canada. Mehr als $^4/_5$ der Geisteskranken mussten ausserhalb der Anstalten leben, wenn man 1 Geisteskranken auf 1000 Einwohner rechnet. Seitdem ist die Zahl der Anstalten um mehr als das 5 fache gewachsen. 100000 Geisteskranke gibt es jetzt in den Vereinigten Staaten (1 : 500), und 40942 sind in Krankenhäusern untergebracht. 1859 ward Auburn, das Asyl für irre Verbrecher des Staates New-York, eröffnet. 1860 führte *Kirkbride* im Pennsylvania-Hospital eine vollkommene Trennung der Geschlechter durch, wodurch grössere Freiheit der Bewegung erreicht wurde. Während Anfangs 200 als die höchst zulässige Krankenzahl einer Anstalt betrachtet wurde, konnte die Association of Superintendents 1866 nicht umhin, diese Zahl auf 600 zu erhöhen, und nun entstand eine grosse Reihe colossaler Anstaltspaläste. Jetzt ist man davon abgekommen; Einzelhäuser, dem Einzelbedürfniss und nicht dem Baustil des Ganzen angepasst, erweisen sich als zweckmässiger und billiger.

***Rayner*, President. Address, delir. at the Annual Meeting of the Med. Psych. Assoc., London. — Journ. of Ment. Science, Oct.**

Verf. vertheidigt zunächst die Privatanstalten gegen die in England gegen sie gerichteten Angriffe und hebt ihre Nothwendigkeit hervor. Würden sie aufgehoben, so würden sich dieselben Verleumdungen gegen die öffentlichen Anstalten erheben. Um die Aufnahmen weniger langwierig zu machen, möge von Attesten Abstand genommen werden, und staatlich angestellte Aerzte nach der Aufnahme den Kranken prüfen; besser, dass so vielleicht mal ein Gesunder einige Tage in der Anstalt verweile, als dass Kranke wegen Formalitäten länger draussen weilten und Selbstmord oder Verbrechen begingen. Dieselben staatlich angestellten Aerzte müssten dann auch später darüber wachen, dass Niemand ohne Grund in der Anstalt bleibe. — Eine Zunahme der Krankheitsfälle sei nur für die Paralyse zu constatiren; man könne annehmen, dass die Internirung so zahlreicher Kranken, wodurch ihnen die Fortpflanzung verwehrt wird, die steigende Bildung, die dem Alkoholgenuss entgegenwirkt, und die Verminderung excessiver Arbeit eine allmälige Verringerung der Psychosen herbeiführen

Digitized by Google

wird. Für die Behandlung sei wenig von Medicamenten zu hoffen, viel von guter Ernährung.

Extrait statistique du rapport annuel des asiles d'aliénés en Danemark de l'an 1883. Copenhague. 14 p.

Dänemark hat 3 Heil- und Pflegeanstalten im St. Hans Hospital für Kopenhagen, in Aarhus für Jütland, in Vordingborg für die Inseln und in Viborg für Pfleglinge, deren Krankheit mehr als 2 J. gedauert hat. Bestand am 1. Jan. 1883 1914 (878 M. 1036 F.), aufgenommen 474 (247 M. 227 F.), entlassen geheilt 145 (70 M. 75 F.), ungeheilt 173 (77 M. 86 F.), gestorben 121 (76 M. 45 F.). Zahl der Wärter 244 (111 M. 133 F.). Durchschnitt der Kosten pro Kopf und Jahr 780 Frcs.

Extrait des tableaux statistiques concernant les établissemens d'aliénés de Suède pour l'année 1883. Stockholm, 16 p.

Bestand Anf. 1883 in den 10 Anstalten zu Stockholm, Upsala, Nyköping, Vadstena, Vexiö, Visby, Malmö, Lund, Goteborg, Hernösand 1974 (1042 M. 932 F.), aufgenommen 643 (325 M. 318 F.), entlassen geheilt und ungeheilt 210 (96 M. 114 F.), gestorben 98 (63 M. 35 F.), blieben 2061 (1075 M. 986 F.). Gestorben durchschnittlich 0,191.

Von den 210 Geheilten genasen im ersten Jahre 176, in den folgenden 34. Es starben von 98 an Phthisis 38, an Suicid 4 (3 M. 1 F.). — Ausgaben pro Kopf und Jahr 631,45 Frcs. — Pflegepersonal 232 (111 M. 121 F.). In der Privatanstalt zu Holmehus waren 11 Frauen.

***Boubila,* Asiles de Norvège, de Suède et de Danemark. — Annal. méd.-psych. Sept. 1884.**

Verf. beschreibt zunächst das in reizender Lage bei Christiania gelegene Asyl Gaustad, 1851 erbaut und jetzt von 700 Kranken bewohnt, unter denen die Alkoholisten eine grosse Zahl einnehmen, sodann das Asyl Condradsbergs bei Stockholm, das, 1851 gebaut, für 260 Kranke eingerichtet ist, endlich das St. Hans Hospital bei Röskilde, das 1851 erbaut, 1861 und 1871 erweitert wurde, und die psychiatrische Klinik in Kopenhagen. Therapeutisch von Interesse ist, dass in Gaustad prolongirte Bäder verpönt sind, der Kranke darf höchstens 1 Stunde im Wasser bleiben. Aus den eingestreuten statistischen Notizen sei erwähnt, dass in Dänemark Manie höchst selten und fast nur als Anfangsstadium der progressiven Paralyse vorkommt.

***E. C. Seguin,* Notes on Spanish Asylums for the Insane. — J. of nerv. and ment. disease. Juli 1883.**

Resultate einer Reise im Winter 1882—1883. Nahe bei Madrid sind 3 Anstalten, davon 2 private.

Digitized by Google

1) Die Staatsanstalt zu Legañes, „Casa de dementes de Santa Isabel", die einzige, 1852 gegründete, unter der Regierung stehende in Spanien. 14 kl entfernt, an einer Bahn gelegen. Die Gebäude sind zu schmal und entbehren genügender Lufthöfe. Barmherzige Schwestern üben die Pflege aus und eine solche war Führerin. Arme und Pensionäre werden aufgenommen, erstere sind gleich gekleidet und haben grosse Schlafräume. Die Schwestern sorgen auch für die Wirthschaft und die Räume dazu sind freundlich und sauber. Von Bädern wurde ein ausgiebiger Gebrauch gemacht. 200 Kranke, 2 Drittel männliche. Nur eine Patientin im Camisol.

2) Privatanstalt zu Carabanchel unter Prof. Dr. *J. M. Esquerdo*, der zur Zeit in seinem Winteretablissement zu Alicante war. Sein Neffe, Dr. *Sant Esquerdo*, ist resid. Arzt. Eröffnet 1877, gelegen 3 Meilen von Madrid, an gleicher Bahnlinie mit Legañes, bestehend aus einstöckigen Gebäuden je nach dem Geschlechte. Pension von 25 $ bis 100 $. pro Monat. Die Kranken essen je nach den Geschlechtern einzeln oder gemeinsam. An der Tafel wurde Spanischer Wein servirt. 60 Kranke, wovon $^1/_3$ Frauen. Eine Zahl von Epileptischen. Mech. Restraint selten. Dr. *Esquerdo* ist mit der Gesetzgebung für irre Verbrecher beschäftigt.

3) Irrenabth. des Provinzial-Hospitales zu Madrid, 200 J. alt, Aufnahmestation für die Anstalt in Legañez mit niedrigen Zimmern. Fälle von Dem. und Epil. scheinen dauernd da zu sein.

4) Provinzialanst. von Saragossa, gegründet 1425, lange ein Modell für Europa, gepriesen von *Pinel, Fodéré*, abgebrannt 1808 bei der Belagerung, neu gebaut an einer anderen Stelle der Stadt, neben einem allgemeinen Hospital. Das Asyl, mit schlecht ventilirten Zimmern und schmalen Fenstern, mit viel Einzelzimmern, zahlreichen Paralytischen, mit 430 Kranken.

5) Das neue Asyl, wozu ein Bürger ein grosses Grundstück und die Provinz 12 Mill. Realen hergaben. 1 Pavillon ist fertig, 8 sind projectirt, mit Fenstern nach beiden Seiten und einem ärztlichen Director. Fertig wird dies das beste Asyl Spaniens.

6) Santa Cruz, das Prov.-Hospital, in der Stadt Barcelona, wurde vor 200 J. errichtet, hat daher viele Mängel, mit 300 Kranken auf der Irrenabth., ohne Klinik, obgleich in den übrigen Abtheilungen klinischer Unterricht gegeben wird.

7) Die Privatanstalt von Nueva Bethlen zu Barcelona unter Dir. Dr. *Juan Giné y Partagas* liegt bewundernswerth, hat 100 Kr. in 3 Klassen zu je 30, 25 und 18 Doll. monatlich. Restraint sparsam. Nach *Giné* ist die Dem. par. während der letzten 15 J. sehr vermehrt, theilweise vom vermehrten Gebrauche des Alkohols. Er gibt ein Journal heraus „Revista Frenopatica Barcelonesa", ist Verf. des „Tratado teoretico-practico de Frenopathologia".

8) Asylum of San Baudilio de Llobregat, gen. San Boy, gegründet 1854 als Privatanstalt, 9 km von Barcelona, in einem Thale an der Llobregat gelegen, Gründer und 1. Director Dr. *Ant. Pujadas*, mit c. 700 Kranken.

Digitized by Google

darunter 260 Fr. Hier sind die armen Kranken der Provinz Barcelona und Soldaten aus allen Provinzen. Viele Paralytiker. Mässiger Restraint.

9) Privatirrenanstalt zu Corts de Sarriá, einer Vorstadt Barcelona's, unter Dr. *Dolsa* und *Llorach* seit 1867, nicht weit von Nueva Bethlen, für 190 Kr. Paralyse jetzt häufiger als früher. Gegen Non-restraint.

10) In Valenzia wurde 1409 die erste Anstalt in Westeuropa unter König Martin I. errichtet. Durch Feuer zerstört, wurde sie mit dem allgem. Krankenhause 1512 verbunden. Jetzt müsse sie radical reformirt werden. „El manicomio de Jesus", 1 kl südlich der Stadt, ein weites Kloster in doppeltem Quadrat, dunkel. Lufthöfe zu schmal. Wirthschaftsräume unter barmh. Schwestern gut. 530 Kranke incl. 330 M. Restraint viel angewendet, eiserne Ringe zu sehen. Am traurigsten war ein langes Zimmer, in welchem 30—40 Fr. zusammengepfercht waren, fast nackend, tobend. Ein finsterer Mann hatte mit einer Frau die Aufsicht. Aehnlich bei den männl. Kranken.

11) Malaga. Hier besteht 3 Meilen vom Centrum der Stadt die Anstalt in einem kleinen, 300 Jahre alten Kloster für 50 Kranke. Dependance eines Hospitales, das 1 Meile der Stadt näher und im neueren Style gebaut ist. Das Kloster soll alle Irren Malaga's einschliessen (?). Zur Bewegung dient fast nur der Klosterhof. Restraint mässig. Ein Kranker war noch in Ketten wie ein Galeerensclave.

12) Granada. Die Anstalt ist in einem sehr alten Kloster mit dunkeln Zimmern und engen Höfen. Der besuchende Arzt, Dr. *Ortega*, giebt klinischen Unterricht wenigen Studenten. 157 Kranke (90 m. u. 67 w.). 5 oder 6 Fälle von Paralyse.

13) Cordoba. Die Männer sind in einem alten Kloster, während die Frauen in einer Abtheilung des nahen Allgem. Hospitales sind. Der Arzt wohnt nicht darin. 59 Kranke für Stadt und Provinz (Stadt allein hat 42000 Einw.). Noch eiserne Ketten!

14) Sevilla. Abtheilung des Provinzial-Hospitales, noch unter Ferdinand gebaut, mit mangelhaftem Licht und ohne Terrain, für 128 Kranke (Bevölkerung der Stadt allein 118000). Restraint mässig.

15) Cadiz. „Casa de los dementes" im Klostergebäude von Santa Catalina, in dessen Kapelle ein Bild Murillo's ist, ein ungleiches, dunkles Gebäude für 174 Kr. ($^2/_3$ Männer). Restraint häufig, auch mit eisernen Handfesseln.

In Toledo Provinzial-Hospital de Inocentes, sogen. „El nuncio", gegründet 1493, mit jetzt 65 Kr., 5 m., 2 w. Wärtern und 6 barmherzigen Schwestern. Dem. par. 7 pCt., bei Frauen 4 pCt. Restraint selten. Arzt Dr. *Sanchez*.

Nach Dr. *Rubio* giebt es (1848) in Spanien 7277 und zwar in Anstalten 1626, in Familien 5651 oder 6 von 1000, sicher zu wenig. Es wurden danach gesetzliche Bestimmungen gegeben, aber die häufigen Revolutionen liessen sie nicht realisiren. Der Report von 1880 weist in Anstalten 3790 Kr. nach (2366 M. 1424 Fr.). Ein psychiatrischer Verei

Digitized by Google

existirt nicht. Die Privatanstalten sind mangelhaft, die öffentlichen entbehren des Terrains, der Luft, genügender Abtheilungen, das Wartpersonal schien vor heftigen Kranken Furcht zu haben. Das Leben in den Anstalten, auch in den privaten, war monoton. Verf. schlägt vor, in jedem Centrum der Bevölkerung Hospitäler für die acuten und heilbaren Fälle mit sachverständigen ärztlichen Directoren und grosse Asyle „Casas de dementes", vielleicht 4—6 für Spanien, zu errichten. Die neue Anstalt zu Zaragoza könnte eine davon sein. 2 Stockwerke je für Tag und Nacht. Grosse Farm und Werkschuppen. 500—2000 chronische Kranke. Ferner 2 Anstalten für Idioten und Cretinen, je eine im Süden und Norden von Spanien. 1—2 Specialasyle für irre Verbrecher, die man nicht mit anderen Kranken vermischen sollte. Gute Aerzte sollten nach Frankreich, England und Deutschland geschickt werden. Endlich ist eine Inspection nöthig.

Verwaltungsbericht über die Irrenanst. der Stadt Berlin vom 1. Apr. 1883—1884. (Dir. Dr. *Ideler*.) 16 S. in 4°.

Bestand Ende März 1883 1637 (812 M. 825 F.), aufgenommen 767 (421 M. 346 F.), abgeg. 605 (343 M. 262 F.), blieben 1799 (890 M. 909 F.). Davon waren in 11 Privatanstalten 634 (314 M. 320 F.), darunter im Maison de santé 346 (174 M. 172 F.). Unter den Aufgenommenen 234 (176 M. 58 F.) mit paral. Seelenstörung 114 (64 M. 50 F.). Entwichen 23 (18 M. 5 F.), gest. 218 (136 M. 82 F.), an Suicid 1 M. Unter den Entwichenen waren 18 mit dem Strafgesetz in Conflict gerathene Irre, meist schwere Verbrecher. Eine ergiebige agricole Thätigkeit ist nur von Wenigen zu erwarten. Für irre Verbrecher eignete sich besonders die Cigarren-Fabrication. (Ueber sie noch vergl. kleinere Mitth. d. Ztsch.). — Ausgaben 722325 M., pro Kopf u. Tag 1,647.

Bericht üb. die Verwaltung der Ostpr. Prov.-Irren-Heil- u. Pflegeanst. Allenberg vom 1. Apr. 1883 bis 31. März 1884. 18 S. in 4. (Dir. Dr. *Jensen*.)

Bestand 618 (305 M. 313 F.), aufgen. 177 (98 M. 79 F.), entl. 160 (91 M. 69 F.), blieben 635 (312 M. 323 F.). Bei 42 pCt. der Aufnahme Heredität nachweisbar. Unter den Abgegangenen starben 51 (36 M. 15 F.), also 31,87 pCt. Eine Kranke mit mel. Katatonie genas nach 6 J. Unter den Gestorbenen 16 Paralytiker (11 M. 5 F.); die Krankheit hatte bei 1 M. u. 1 F. über 5 Jahre gedauert. Ein Mann mit veralteter secundärer Verrücktheit erhing sich. Die Gehirngewichte von 500 Gehirnen sind grösser als die von an geistig Gesunden gefundenen. Hauptsächlich ist es der Hirnmantel mit seiner Rinde, der von der Atrophie bei Paralyse getroffen wird. — Ausgaben 328631 M., pro Kopf u. Jahr 119 M. Telephon zwischen Anstalt und Colonie.

Digitized by Google

Bericht über die städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. Ostpr. f. d. J. vom 1. Apr. 1883 bis 1884, erstattet vom Dir. Dr. *Meschede*. Kön. S. 16. (Irrenabth.)

Geisteskranke Bestand 25 (13 M. 12 F.), aufgenommen 158 (70 M. 88 F.). Davon kamen nach Allenberg 32, nach anderen Anstalten 2, nach dem Armenhause 18. Entl. geheilt 51 (19 M. 32 F.), gebessert 21 (7 M. 14 F.), ungeheilt 22 (10 M. 12 F.), gestorben 18 (9 M. 9 F.), blieben 19 (7 M. 12 F.). Von den 183 waren 116 heilbare und 67 unheilbare. Von jenen war Bestand 15 (6 M. 9 F.), aufgenommen 101 (39 M. 62 F.). Davon litten an Melancholie 71 (25 M. 46 F.), Fol. circ. 1 F., an Exaltationszuständen 44 (20 M. 24 F.). Davon geheilt entl. 51 (19 M. 32 F.), also 62,66 pCt. Es starben 8 (3 M. 5 F.). Bestand blieb 11 (3 M. 8 F.). — Von den Unheilbaren Bestand 10 (7 M. 3 F.), zugegangen 57 (31 M. 26 F.), entl. 49, 10 gest. (6 M. 4 F.), blieben 8 (4 M. 4 F.).

1. Jahresbericht der Kreisirrenanstalt Gabersee f. d. J. 1884. 23 S. (Dir. Dr. *Bandorf*.)

Eröffn. Nov. 1883. Bestand Anf. 1884 60 (29 M. 31 F.), aufgenommen von München 54 (30 M. 24 F.), erste Aufnahmen 3 M. 5 F., wiederholte Aufnahmen 3 M., abgegangen genesen 2 F., geb. 3 M. 3 F., ungeh. 1 M. 3 F., gest. 1 M. an Paralyse. Bestand blieb 112 (60 M. 52 F.). Die Uebersiedlung aus München hat körperlich und geistig günstig eingewirkt. Systematische Beschäftigung in der Oekonomie. Im Durchschnitt waren 80 pCt. beschäftigt. 60 pCt. der Männer konnten in die freie Abth. versetzt werden, von Frauen nur 55 pCt. Von 125 Pfleglingen sind 42 (26 M. 16 F.) mit 82 Entweichungsversuchen und 25 Entweichungen (18 M. 7 F.) verzeichnet. Verausgabt sind für den Kauf des Gutes 191238, für die Anstalt 460625, in Summa 651863 M. Die Vollendung wird für 500 Pfleglinge 2 Mill. M. betragen, also pro Bett 3000 M.

Fest- und 2. Anstaltsbericht über den Zeitraum vom 1. Jan. 1880 bis 1. Oct. 1883 der Heil- und Pflegeanst. Pfullingen für Psychisch-Kranke. Herausgegeben von Hofrath Dr. *C. E. Otto Flamm*. Mit Illustr. Tübingen 1884. 115 S. in 4°.

Dem 1. Berichte vom J. 1880 folgt der 2. in einem stattlichen illustr. Bande. Chronik, Lage der Anstalt, Einweihung der Anstaltskirche, Beschreibung der Colonie Alteburg, Disposition der Gebäude, Pathologisch-Anatomisches aus 244 Obductionen mit mikrosk. Befunden, inneres Leben der Anstalt, Tabellen und Statistisches. 12 psychiatrische Gutachten von Dr. *Steinbrück*. — Bestand Anf. 1870 11 (7 M. 4 F.), aufgen. bis Ende 1883 2654 (710 M. 470 F.), entl. geheilt 152 (101 M. 51 F.), ungeheilt 184 (123 M. 61 F.), beurlaubt 75 (45 M. 30 F.), gestorben 244 (159 M. 85 F.), blieben 1. Oct. 1883 386 (206 M. 180 F.). Statuten.

Digitized by Google

Aerztl. Bericht über die Wirksamkeit der Krankenanstalt in Bremen im J. 1884. 8 S. in 4°. (Dir. Dr. *Scholz*.)

In der Irrenanstalt Bestand Anf. 1884 119 (71 M. 48 F.), aufgenommen 133 (87 M. 46 F.), entlassen 105 (77 M. 28 F.), gestorben 21 (16 M. 5 F.), geblieben 126 (65 M. 61 F.). Unter den Aufgenommenen mit Del. trem. und Alkoholismus 54 (53 M. 1 F.), nicht-irre 3 M. Es starb an Selbstmord ein alter Gewohnheitstrinker. — Der Neubau des Frauenhauses für 26 unruhige Irre ist bezogen.

Bericht üb. die Wirksamkeit der Privat-Heil- u. Pflegeanstalt für Nervenleidende u. Geisteskranke in Rockwinkel bei Bremen im J. 1884. (Dir. Dr. *Engelken*.) 6 S.

Bestand Anf. 1884 16 (7 M. 9 F.), aufgen. 12 (9 M. 3 F.), entl. 13 (6 M. 7 F.), davon geheilt 6 (2 M. 4 F.), wovon 5 an Melancholie, 1 an Alkoholismus litten, entl. gebessert 6 (4 M. 2 F.), ungebessert 1 F. Hereditäre Anlage bei 12 (7 M. 5 F.), es blieben 15 (10 M. 5 F.).

Jahresbericht der Vorsteherschaft des Irrenhauses in Lübeck über die Verwaltung im J. 1884. 6 S. in 4°.

Bestand 98 (52 M. 46 F.), aufgen. 42 (22 M. 20 F.), genesen oder geb. entlassen 25 (13 M. 12 F.), es starben 6 (5 M. 1 F.). An präsumtiv heilbaren Krankheitsformen litten nur 28 (12 M. 16 F.). — Ausgaben 53008 M., pro Kopf u. Jahr 409,92. Reinertrag der Landwirthschaft 4799 M.

Jahresbericht der k. b. Landes-Irrenanstalt in Prag für 1884. Manuscr. (Dir. Dr. *Fischel*.)

Anzahl der Betten 1380. Bestand Anf. 1061 (609 M. 452 F.), aufgenommen 702 (386 M. 316 F.), entl. geheilt 122 (51 M. 71 F.), ungeheilt 246 (137 M. 109 F.), transferirt nach Tyrnau 3 M., entwichen 5 M., gestorben 293 (158 M. 135 F.), blieben 1094 (641 M. 453 F.). Es verblieben Ende 1883 mit Dem. paral. 47 (38 M. 9 F.), aufgenommen 53 (48 M. 5 F.), zus. 100, wovon abgingen geb. 9 M. 1 F., ungeb. 1, gest. 47 (41 M. 6 F.), verblieben daher 42 (35 M. 7 F.); von den 1884 daran behandelten waren 2 F. 15—25 J., 6 M. u. 3 F. 25—35 J., 32 M. u. 8 F. 35—45 J., 30 M. u. 1 F. 45—55 J., 13 M. 55—65 J., 4 M. 65—70 J., 1 M. 70—75 J. alt. — An Geistesstörung mit Fallsucht war Bestand 69 (39 M. 30 F.), aufgenommen 47 (26 M. 21 F.), in Summa 116 (65 M. 51 F.); entl. geb. 13 (7 M. 6 F.), ungeb. 4 (1 M. 3 F.), entwichen 1 M., gest. 26 (15 M. 11 F.), verblieben 76 (41 M. 31 F.); am ältesten 1 M. mit 60, 1 F. mit 75 J. — Beköstigung pro Kopf u. Tag 38,6 Kr., Gesammtkosten 67,3 Kr. 396417 Verpflegstage im J. 1884.

Digitized by Google

Jahresbericht der mähr. Landes-Irrenanstalt in Brünn f. d. J. 1883. (Dir. Dr. *J. Scharf.*)

Anzahl der Betten 390, im Filiale 60. Bestand Ende 1882 482 (271 M. 211 F.), aufgenommen 340 (94 M. 146 M.), entlassen geheilt 48 (33 M. 15 F.), gegen Revers 10 (4 M. 6 F.), ungeheilt 89 (41 M. 48 F.), transferirt 9 (5 M. 4 F.), entwichen 7 M., gest. 143 (86 M. 57 F.), blieben 516 (289 M. 227 F.). Es starben mit Lähmung 34 (28 M. 6 F.) und blieben damit zurück 26 (18 M. 8 F.). Mit Heredität vorhanden 151 (102 M. 49 F.), Folge von Kopfverletzung bei 51 (36 M. 15 F.), Trunksucht bei 48 (42 M. 6 F.), geistige Ueberanstrengung bei 23 (21 M. 2 F.). — Ausgaben 116328 Fl., pro Tag und Kopf 65,43 Kr., nur in der Filiale 76,18 Kr.

Jahresbericht der steierm. Landesirrenanst. Feldhof incl. der Filialen Lankowitz und Kainbach. 50 S. in Fol. (Dir. Dr. *Schlangenhausen.*) Manuscript

Bettenzahl der Centralanstalt 350, in Lankowitz 120, in Kainbach 56. — Ende 1882 628 (291 M. 337 F.), aufgenommen 368 (186 M. 182 F.), entl. geheilt 63 (21 M. 42 F.), ungeheilt 112 (67 M. 45 F.), gestorben 134 (71 M. 63 F.), wovon in Kainbach 12 M., in Lankowitz 25 F. Verblieben 687 (318 M. 369 F.). — Zu den verbliebenen 75 (62 M. 13 F.) mit Dem. par. kamen 69 (47 M. 22 F.) und starben 57 (45 M. 12 F.). Zu den verbliebenen 51 (34 M. 17 F.) mit Fallsucht kamen 38 (27 M. 11 F.), wovon geheilt wurden 4 (3 M. 1 F.) und starben 5 (2 M.3 F.). — 10—15 J. alt waren 4, davon 2 F. mit Tobsucht, 70—75 J. alt 7 (4 M. 3 F.), davon 2 F. mit Tobsucht und zwischen 75—80 1 F. mit Tobsucht. Missbrauch geistiger Getränke gab Anlass bei 129 (106 M. 23 F.), Familienanlage bei 258 (107 M. 151 F.), Typhus bei 17 (10 M. 7 F.), strahlende Wärme bei 5 (4 M. 1 F.), acute Krankheiten bei 14 (4 M. 10 F.). — Es entwichen 15 M., wovon 2 nicht zurückgebracht wurden. Eine Kranke aus der psych. Klinik bekam 12 Tage nach der Aufnahme Variola vera, und es erkrankten daran 26 Pfleglinge und 3 Bedienstete, die Epidemie erlosch nach 2 monatlichem Bestehen. Es starben 5 M. u. 2 F., darunter die beiden mit Paralyse. Nach der Genesung trat nur in einem Falle mit chron. Mel. kurze Zeit Besserung ein. — Autochthon erkrankten 2 Frauen an Typhus und nur in deren und der benachbarten Abth. erkrankten 16 Pfleglinge und Wärterinnen. Die Epidemie erlosch mit der kälteren Jahreszeit. Von den 16 starben 5, die Genesenen zeigten keine psychische Veränderung. — Telephonleitung mit Graz angelegt, am 11. März Filiale Kainbach mit 30 unheilbaren M. eröffnet. Am 7. Juli besuchte der Kaiser die Anstalt. 89 Obductionsberichte werden mitgetheilt. — Ausgaben 185170 Fl., pro Tag und Kopf 1 Fl., wegen eigener Regie 83 Kr.

Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt in Hall (Tyrol) für 1884. 12 S. in 4°. (Dir. Dr. *Nagy.*)

Bestand Anf. 1884 270 (143 M. 127 F.), aufgen. 122 (60 M. 62 F.),

Digitized by Google

entl. geheilt 41 (19 M. 22 F.), ungeh. 47 (28 M. 19 F.), gegen Revers entl. 9 (4 M. 5 F.). 5 entwichen, von denen 1 M. nach 3 Wochen, die anderen in einigen Stunden zurückgebracht wurden. Es starben 23 (14 M. 9 F.). Es blieben Ende 1884 272 (138 M. 134 F.). — Ausgaben 76935 Fl., pro Kopf und Tag 76,627 Kr. Ein Umbau des Tobhauses erfolgte. Beim Feldbau waren stets 20—25 Kr. beschäftigt. Pflege und Ausspeisung durch 24 barmherzige Schwestern. Daneben 24 weltliche Wärter und 2 weltliche Wärterinnen.

Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt in Pergine, Tyrol, für 1884. (Dir. Dr. *Stasz.*)

Bestand Anf. 1884 239 (129 M. 110 F.), aufgen. 168 (94 M. 74 F.), entl. 154 (89 M. 65 F.), davon geheilt 50 (29 M. 21 F.), ungeheilt 98 (57 M. 41 F.), gegen Revers 4 (1 M. 3 F.), 2 M. entwichen nach Hause und wurden zurückgebracht. Gestorben 14 (6 M. 8 F.), blieben 239 (128 M. 111 F.). — Auslagen 67055 Fl., pro Tag und Kopf 75,91 Kr. — 352 Besichtiger der Anstalt kamen. Die günstigen Heilungsprocente entstanden aus den „frischen Fällen". Nicht über 6 Mon. vor der Aufnahme waren krank 61 (32 M. 29 F.), davon genasen 39 (21 M. 18 F.), 63,9 pCt., gingen gebessert fort 6 (4 M. 2 F.), ungebessert 13 (6 M. 7 F.), starben 3 (1 M. 2 F.). Von den 50 Genesenen (29 M. 21 F.) waren vor der Aufnahme erkrankt bis 6 Mon. 37 (20 M. 17 F.), bis 1 J. 7 (5 M. 2 F.), bis 3 J. 4 (3 M. 1 F.), bis 5 J. 2 (1 M. 1 F.); von den ersten daher 74 pCt. Geheilte.

Aerztl. Bericht der Kgl. Landesirrenanst. zu Stenjevec, Vicegespannschaft Agram, Croatien, für's Jahr 1882. (Dir. Dr. *Ivan Rohacek.*) Manuscript.

Eröffnet 1879. Bestand Anf. 1882 241 (141 M. 100 F.), aufgenommen 103 (63 M. 40 F.), entl. genesen 14 (6 M. 8 F.), gebessert 46 (28 M. 18 F.), beurlaubt 1 M. u. 1 F., in Familienpflege 3 (2 M. 1 F.), transferirt 1 F., gegen Revers 1 F., entwichen 3 M., gest. 24 (17 M. 7 F.), verblieben 250 (147 M. 103 F.). Eine Frau kehrte entbunden mit dem Kinde nach Hause zurück. Von den Entwichenen kam 1 freiwillig aus Hunger zurück, 1 ward zurückgebracht und 1 blieb zu Hause. Ein 13j. Mädchen wurde nach Feldhof transferirt, weil sie nach Steyermark gehörte. An Dem. par. litten 51 (42 M. 9 F.), mit Epilepsie 33 (16 M. 17 F.). $^2/_3$ der Fälle gehörten in eine Siechenanstalt. Ausgaben 1882 60000 Fl., pro Kopf und Tag 37,83 Kr. Verpflegungskosten, Gesammtkosten 68;45 Kr. Mehr oder weniger kamen alle Geisteskranke mit der Polizeibehörde in Conflict, bei den Gerichtstafeln standen in Untersuchung 2 wegen Mord, 1 wegen Drohung, 5 wegen schwerer körperlicher Verletzung, 7 wegen Brandlegung, 2 wegen Todschlag, 1 wegen Mordversuch, 1 wegen Nothzucht und Mord, 3 wegen öffentlicher Gewaltthätigkeit. Nach constatirter Psychose wurde die Untersuchung eingestellt und die Betreffenden als gemeingefährlich der Anstalt

Digitized by Google

übergeben. Behufs Beobachtung übergeben 1 wegen Mord, 1 wegen Mordversuch, 5 Sträflinge, von denen 1 auf 8, 1 auf 10, 1 auf 14 und 1 auf 18 J. Kerker, der 5. zu lebenslänglichem Kerker verurtheilt ist. Von den Frauen wurden 2 wegen Kindesmord, 1 wegen Beleidigung in Untersuchung, als krank befunden und aufgenommen. Von den 20 entlassenen Wärtern gingen nur 5 freiwillig, von 12 Wärterinnen nur 3. Durch Bromkali genasen 2 Epileptische vollständig. Mit gutem Erfolge prolongirte Bäder und kalte Abreibungen. An Hallucinationen des Gehörs litten 35 (19 M. 16 F.), des Gesichts 15 (7 M. 8 F.), des Geruchs 8 (4 M. 4 F.), des Geschmacks 9 (4 M. 5 F.), der Haut 8 (4 M. 4 F.), an Illusionen des Gesichts 8 (2 M. 6 F.).

26. Jahresbericht der Heil- u. Pflegeanstalt St. Pirminsberg f. d. J. 1883. 25 S. (Dir. Dr. *Weller*.)

Bestand Anf. 1883 286 (136 M. 150 F.), aufgenommen 176 (94 M. 82 F.), ausgetreten 158 (82 M. 76 F.), blieben 304 (148 M. 156 F.). Unter den 176 Aufgenommenen mit paral. Geistesstörung 20 (15 M. 5 F.), mit alkoh. Geistesstörung 15 M., nicht-irre 1 M. Wegen momentanen Platzmangels musste 5 F. die Aufnahme auf 1—2 Wochen verschoben, Alles aus anderen Kantonen versagt werden. Die Aufnahme hat sich stetig gesteigert, namentlich bei den Frauen. Der Gedanke der Erstellung einer Pflegeanstalt ist in Anregung gebracht. Der Nicht-Irre war ein Arzt mit Morphinismus, der sich schon zum 5. Male einer Entziehungscur unterwarf. Von 176 war bei 98 Heredität nachweisbar, also bei 55,68 pCt. Bei 9 schien die väterliche Trunksucht die einzig nachweisbare Ursache. Entlassen genesen 60 (30 M. 30 F.), darunter 40 (18 M. 22 F.) mit Melancholie, 10 (4 M. 6 F.) mit Manie, geb. 49 (26 M. 23 F.), ungebessert 16 (10 M. 6 F.), gest. 33 (16 M. 17 F.), darunter 1 an Suicid trotz aller Ueberwachung, 1 am Sturz in die Tiefe bei einem Spaziergange. Der Schlundsonde bedurften 13 M. Von M. entwichen 10. In der Sommercolonie waren 20—23 Pat. mit 3 Wärtern. Wärterwechsel ziemlich gross. — Ausgaben 187620 Fr.

Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over het Jaar 1883 door den eersten Geneesheer-Directeur Dr. *C. J. van Persijn*. Haarlem. pp. 130.

Die Berechnung der Zahl des Wartepersonals in Meerenberg ergibt bei einem Bestand von 919 bis 922 Kranken 1 Wärter auf 9 Kranke. Doch wird dieses Verhältniss erst verständlich, wenn man hinzunimmt, dass ausser dem Wartepersonal noch 81 Bedienstete, das macht 1 : 11,3, angestellt waren; rechnet man beides zusammen, so ergibt sich ein Verhältniss von 1 Dienstperson auf 5,03 Kranke.

Bestand 1. Jan. 1883 919, Aufnahmen 102, entlassen 99, genesen 22, gebessert 13, gestorben 58, Bestand Ende 1883 922. Trinker befanden sich unter 57 aufgen. Männern 13. Die Procentzahl der Gestorbenen be-

Digitized by Google

trug in den letzten 4 Jahren im Durchschnitt aller Verpflegten bei den Männern 8,01 pCt., bei den Frauen 4,7 pCt. Als mikroskopischer Hauptbefund bei Dementia paralytica wird angegeben: Verdickung der Körnerschicht („Neuroglialaag") mit Kernvermehrung und Zellendegeneration, wobei die Spinnenzellen *(Mendel)* nicht fehlten. Bei 10 Epileptikern wurde diesmal keine Abnormität der Ammonshörner gefunden, wohingegen bei Nichtepileptischen ein paar mal Ungleichheit derselben vorkam. Unter 6 Idioten fanden sich in 4 Fällen neben mangelhafter Ausbildung der Windungen Zeichen chronisch entzündlicher Reizung des Gehirns resp. seiner Hüllen.

Ingels, Statist. méd. de l'Hospice-Guislain 1883. Suite. — Bull. de la soc. de Méd. ment. de Belgique. No. 32 u. 33.

Anfang 1883 betrug die Krankenzahl 483, Ende December 482, darunter 76 Epileptiker. 321 beschäftigen sich. Die Zahl der Aufnahmen ist etwas geringer als in den früheren Jahren, nach dem Verf. ein Beweis, dass in Gent die der Anstalt bedürftigen Kranken aufgenommen sind. • Von den 68 Neuaufgenommenen litten 3 an Melancholie, 14 an Manie, 12 an Idiotie, 22 an Dementia, 8 an Paralyse, 16 waren erblich belastet, bei 18 waren keine Ursachen angegeben. 5 waren nicht geisteskrank. — 23 wurden als geheilt, 4 als gebessert, 7 als ungeheilt entlassen, zusammen mit den 5 nicht Geisteskranken 39. Es starben von 551 Behandelten 30, also 5,44 pCt.

Bourneville, Bonnaire etc., Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie, compte rendu de Bicêtre 1883. I. Histoire du service.

Zum Unterricht für die epileptischen und schwachsinnigen Kinder wurde ein Gebäude mit Werkstätten errichtet, die für 400 Kinder ausreichen, aber zunächst, da sie nicht alle besetzt sind, theilweis in Folge der Ueberfüllung als Schlafräume benutzt werden. — Bei den oft weiten Spaziergängen folgt den Kindern ein Wagen, der die ermüdeten oder von einem Anfall heimgesuchten aufnimmt. — Ein Neubau, der seit lange anstatt der jetzigen durchaus unwürdigen Räume geplant ist, wurde begonnen. — Die Abtheilung enthielt am 1. Jan. 1883 297 Kranke und zwar 119 erwachsene Epileptiker und 178 schwachsinnige oder epileptische Kinder. Es wurden im Verlauf des Jahres 2 Erwachsene und 47 Kinder aufgenommen. Es starben 12 Erwachsene und 20 Kinder, 5 Kinder wurden entlassen.

37. Report of the Kent Lunatic Asylum, Barming Heath, Maidstone. For 1883. pp. 40. (Dir. Dr. ***F. P. Davis.***)

Bestand Anf. 1883 1348 (548 M. 800 F.), aufgen. 364 (171 M. 193 F.), entl. geheilt 207 (93 M. 114 F.), ungeheilt 45 (35 M. 10 F.), nicht-irre 4 (2 M. 2 F.), gest. 129 (68 M. 61 F.), blieben 1328 (522 M. 806 F.). Von

Digitized by Google

1875 bis Ende 1883 waren aufgenommen 3121 (1470 M. 1651 F.), entl. geheilt 1337 (601 M. 736 F.), ungeheilt 637 (311 M. 326 F.), nicht-irre 20 (12 M. 8 F.), gest. 1150 (619 M. 531 F.). Unter den 1883 129 Gestorbenen hatten 22 (15 M. 7 F.) allgem. Paralyse, 12 (9 M. 3 F.) Epilepsie, 21 (7 M. 14 F.) Gehirnatrophie, 6 (4 M. 2 F.) weisse Gehirnerweichung, 14 (10 M. 4 F.) Lungenphthise, 14 (8 M. 6 F.) Herzklappenfehler, 1 F. starb durch Erhängen, 1 M. ertrunken. 3 waren 30—40 J. in der Anstalt. — Ausgaben 42072 Pfd. St.

44. Report of Crichton Royal Institution, Dumfries, for 1884. Dumfries, 1885. pp. 30. (Dir. Dr. *James Rutherford*.)

Bestand Anf. 1884 482 (255 M. 227 F.), aufgen. 164 (86 M. 78 F.), entl. 158 (89 M. 69 F.), gest. 47 (28 M. 19 F.), blieben Ende 1884 441 (225 M. 216 F.), incl. 4 Beurlaubte. Im „Kirkmichael House", 9 M. von der Anstalt, wurden 20 Kranke aus den wohlhabenderen Ständen gepflegt, umgeben von Park und Aeckern. Des Restraint bedurfte 1 Kr. und der Seclusion 2. 1 M. beging Suicid. 1 M. war über 40 J. in der Anstalt.

21. Annual Report of the Cumberland and Westmoreland Lunatic Asylum for 1882. pp. 63. (Dir. Dr. *J. A. Campbell*.)

Bestand Anf. 1882 440 (220 M. 220 F.), aufgen. 140 (64 M. 76 F.), entl. geheilt 64 (24 M. 40 F.), ungeheilt 12 (3 M. 9 F.), gest. 39 (27 M. 12 F.), blieben 465 (230 M. 235 F.). Seit Oeffnung des Asyles 1862 aufgen. 2344 (1210 M. 1134 F.), darunter wiederaufgenommen 382 (187 M. 195 F.). Entlassen geheilt 951 (449 M. 502 F.), ungeheilt 327 (169 M. 158 F.), gestorben 601 (362 M. 239 F.). Von den 1882 Aufgenommenen hatten 17 (9 M. 8 F.) Selbstmord versucht, 15 (5 M. 10 F.) ihn beabsichtigt. — Ausgaben 15956 Pfd. St.

Annual Rep. of the County of Warwick Pauper Lunatic Asylum for 1883. pp. 34. (Dir. Dr. *Parsey*.)

Bestand 663 (292 M. 371 F.). Aufgen. 1883 142 (63 M. 79 F.), entl. geheilt 45 (15 M. 30 F.), ungeheilt 26 (11 M. 15 F.), nicht-irre 4 (2 M. 2 F.), gest. 63 (39 M. 24 F.), verblieben 663 (292 M. 371 F.). Der Ueberfluss an Frauen beruht zumeist auf ihrer grösseren Langlebigkeit. Ein 3j. Idiot wurde als „gefährlich für Andere" aufgenommen, doch konnte Gefährliches nicht wahrgenommen werden. 1 starb an Suicid mit Dem. paral. Gegen Feuersgefahr wurde die Anstalt möglichst gesichert. Seit Eröffn. der Anstalt (31½ J.) wurden aufgen. 3585 (1701 M. 1884 F.), entl. geheilt 1238 (478 M. 760 F.), ungeheilt 269 (136 M. 133 F.), gest. 1410 (799 M. 611 F.); darunter wiederaufgenommen 230 (95 M. 135 F.). — Unter den 45 Genesenen war die Dauer des Aufenthaltes bei 31 (10 M. 21 F.) innerhalb 1 J., bei 14 (5 M. 9 F.) über 1 J.

Digitized by Google

29. Annual Report of the State Lunatic Hospital at Northampton Mass., Amer., for the Year ending Sept. 30. 1884. pp. 79. (Dir. Dr. *Pliny Earle*.)

Bestand 1. Oct. 1883 469 (230 M. 239 F.), aufgen. 136 (61 M. 75 F.), entl. 142 (62 M. 80 F.), davon geheilt 25 (9 M. 16 F.), ungeheilt 88 (38 M. 50 F.), nicht-irre 4 (3 M. 1 F.). Es starben 25 (12 M. 13 F.), blieben 463 (229 M. 234 F.) Eine Frau war 14 Mal aufgenommen, 10 Mal geheilt entlassen, 3 Mal gebessert. Die Aussicht auf Genesung verändert sich rapid, wird klein schon am Ende des 1. Jahres und verschwindet fast am Ende des 2. Dies das Resultat des Durchschnittes der letzten 15 Jahre. In früherem Alter ist die Heilung häufiger. Unter den Aufgenommenen 1 über 80 J. alt, 7 zwischen 70 u. 80, 3 75 J. u. mehr. In diesem Alter schadet die Uebersiedelung in die Anstalt mehr als sie nützt. An Phthisis starben 6 (2 M. 4 F.), an Suicid 3 M., von denen bei 2 keine Neigung dazu vorher erkennbar war. Seit 26 J. 21 Suicide (15 M. 6 F.), in den ersten 13 J., 10 in den letzten, doch war in jenen die Durchschnittszahl des Bestandes 353,5, in dieser 456,47. In der Periode von 25 J. starben 5,75 pCt., in den ersten 13 J. 6,49 pCt., in den letzten 13 J. 5,13 pCt., im letzten 4,13 pCt. Gottesdienst oder Unterhaltungen gab es an 366 Tagen. — 1874 ward durch Gesetz festgestellt, dass jeder Patient Briefe schreiben und darin Beschwerden an die Oberbehörde einreichen konnte. Nicht einmal hat sich eine solche begründet befunden und hat Erfolg gehabt. Obgleich Staatsanstalt hat doch der Staat seit 1867 keinen Zuschuss zu gewähren nöthig gehabt. — Ausgaben 80413 D., pro Woche u. Kopf 3,33.

Eighth Annual Report of the Northampton County Lunatic Asylum at Berry Wood, Near Northampton, for the year ending Dec. 1884. pp. 53. (Dir. Dr. *R. Greene*.)

Bestand Anf. 1884 640 (304 M. 336 F.), aufgen. 208 (86 M. 122 F.), entl. 128 (44 M. 84 F.), gest. 47 (24 M. 23 F.), blieben 673 (322 M. 351 F.). 2 Entwichene kamen wieder. Seit Eröffn. des Asyles (1876) aufgen. 1765 (849 M. 916 F.), wiederaufgen. 135 (69 M. 66 F.), insgesammt 1900 (918 M. 982 F.), entl. geheilt 457 (192 M. 265 F.), ungeheilt 310 (138 M. 172 F.), gest. 460 (266 M. 194 F.), blieben Ende 1884 673 (322 M. 351 F.). — Ausgaben L. 18942, pro Kopf und Woche 8 S. $0^1/_2$ D.

31. and 32. Annual Reports of the Insane Asylum of the State of California at Stockton. 1884. Sacramento. pp. 100. (Dir. Dr. *Browne*.)

Bestand Anf. Juli 1882 1095 (773 M. 322 F.), aufgen. 258 (189 M. 69 F.), entl. geheilt 68 (51 M. 17 F.), ungeheilt 10 (8 M. 2 F.), gestorben 86 (65 M. 21 F.), entlaufen 5 (4 M. 1 F.), blieben 1184 (834 M. 350 F.). Im J. 1883—1884 wurden aufgen. 264 (207 M. 57 F.), entl. geheilt 113

Digitized by Google

(81 M. 32 F.), ungeheilt 22 (11 M. 11 F.), gestorben 87 (67 M. 20 F.), entflohen 11 (10 M. 1 F.), blieben 1215 (872 M. 343 F.). — Ausgaben 181805 D. Die Ueberfüllung hat zu einem neuen Anbau geführt. Ueber die Criminalpatienten wird geklagt. Eine ausführliche Abhandlung über Canalisation mit Berieselung ist beigefügt.

36. Jahresbericht der Heil- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige u. Epileptische in Stetten, Württemberg, erstattet von den Anstalts-Vorstehern *Schall, Wildermuth* u. *Köller*. Schorndorf. 71 S.

Ende des Jahres 1884 149 Epileptische u. 151 Schwachsinnige. Aus der Abth. f. Epileptische traten 31 (17 m. 14 w.) aus und zwar genesen 4 (2 m. 2 w.), sehr gebessert 6 (4 m. 2 w.), gebessert 8 (3 m. 5 w.), ungebessert 7 (5 m. 2 w.), gestorben 6 (3 m. 3 w.). Neu traten ein 45 (21 m. 24 w.), wovon 5 bis über 40 Jahre. Das Charakteristische liegt mehr in den Schwindelanfällen als in den Krämpfen. Ausserdem oft Beginn durch Zuckungen einzelner Muskelgruppen. Geistige Abschwächung wahrzunehmen bei 21 (8 m. 13 w.), hochgradige bei 3 m. Bei 5 handelt es sich um psych. Störungen vor und nach den Anfällen. Dadurch entsteht das Bedürfniss nach Gruppirung der Kranken. Bei Hysterie ist das erste Erforderniss Verbringung in die Anstalt. Der Behandlung auswärtiger Kranken muss die persönliche Untersuchung vorangehen. Dies geschah bei 37 (25 m. 12 w.). — In der Abth. für Schwachsinnige traten 10 (8 m. 2 w.) aus, wovon 1 m. starb, traten ein 17 (14 m. 3 w.). — Der Erfolg der animalen Lymphe war vorzüglich. — Anstaltspersonal 105 Personen.

26. Bericht über Hephata, evang. Erziehungs- u. Pflegeanstalt für Blödsinnige Rheinlands u. Westfalens zu M. Gladbach. Vom J. 1884. (Dir. *C. Barthold.*) 27 S.

Bestand Anf. 1884 157 (110 m. 47 w.), abgegangen 37 (20 m. 17 w.), blieben 159 (112 m. 47 w.). Von jenen 37 starb 1 w., bildungsunfähig entl. 17 (10 m. 7 w.), gebessert 13 (7 m. 6 w.), confirmirt 4 w., als irrsinnig 2 m. — Von 3 aufgenommenen Kindern ist der Vater dem Trunke ergeben. Von 109 Aufnahmegesuchen konnten nur 39 berücksichtigt werden. — Ausgaben 74679 M.

37. Jahresbericht der Heil- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige in Mariaberg, Oberamts Reutlingen. Vom J. 1883—1884. 64 S. (Dir. *K. Rall.*)

Festpredigt. Contagiöse Augenkrankheit, durch eine Wärterin eingeschleppt, befiel fast sämmtliche Insassen (Trachom) in leichterer und schwe-

Digitized by Google

rerer Form. Aufnahmen wurden sistirt, alle Räume desinficirt, die Kranken mit Pflegepersonal in einen Anstaltsflügel isolirt und ein Assistenzarzt der Augenklinik in Tübingen angestellt. Auch in den benachbarten Ortsschulen waren 50 pCt. der Schüler inficirt. Auffallenderweise blieb die nahe Bewahranstalt ganz verschont. Beschränkung auf die Bindehaut der Augenlider, Verlauf langwierig. Am längsten dauerte die Epidemie in Mariaberg, wo täglich forcirt geätzt wurde, auch sind nur hier Nachkrankheiten vorhanden. Vom Mai an konnten neue Kranke wieder aufgenommen, die Schule wieder begonnen werden.

Ausgetreten 10 (4 Kn. 6 M.), davon 2 Kn. gestorben, aufgenommen 5 (2 Kn. 3 M.), Bestand am 1. Juli 1884 101 (80 Kn. 21 M.), davon ohne Sprache 28, mit mangelhafter 26, mit guter 47, blind 2, ganz gelähmt 3, theilweise gelähmt 5, mit Epilepsie 18. — Ausgaben 72934 M. — Aufzählung der Geber.

Bericht der Alsterdorfer Anstalten über die J. 1881 bis 1883. (Dir. Pastor Dr. *Sengelmann*.) 23 S.

Die Anstalten bestehen aus dem St. Nicolai-Stift für leiblich und geistig gesunde Kinder, die einer Anstalt bedürfen aber noch nicht verwahrlost sind, aus der Idiotenanstalt für solche, die leiblich gesund und geistig gebrechlich oder leiblich und geistig nicht normal sind, aus dem Kinderheim für geistig gesunde krüppelhafte Kinder, aus einer Präparandenanstalt, und aus Pensionat für schwachbefähigte und geistig defecte Kinder höherer Stände. Statistik fehlt. Verzeichniss der Geber.

12. Bericht üb. d. Idiotenanstalt in Kiel pro 1883. Kiel, 4 S. (Dir. *Joh. Meyer*.)

Bestand Ende 1882 48 (26 m. 22 w.). Aufgenommen 11 (9 m. 2 w.), abgegangen 5 (2 m. 3 w.), blieben 54 (33 m. 21 w.). Personal 2 M. u. 6 F. 46 Kranke auf öffentliche Kosten. Verpflegungssatz der 3. Kl. 360 M. nicht mehr ausreichend. Aeltester Zögling 34 J., 32 unter 15 J. Die meisten waren auch körperlich zurückgeblieben. 1 Kr. von 9 J. starb jäh an Lungenschlag. 2 wurden confirmirt. Dem Director wurde von der Provinz eine Subvention von 300 M. zum Besuche der Conferenz für „Idioten-Heil-Pflege“ zu Hamburg bewilligt.

Digitized by Google

13. Statistik. Referent: Ullrich-Erlangen.

Steenberg, Statistik der Geisteskranken und Anstalten in Skandinavien.

Vorstehende Schrift, welche den Mitgliedern der psychiatrischen Section des medicinischen Congresses zu Kopenhagen als Festgabe geboten wurde, behandelt in längerer Einleitung die allgemeinen Verhältnisse der Irrenfürsorge in Schweden, Norwegen, Finland und Dänemark, welche in allen Stücken den Ansprüchen der Neuzeit entspreche, wenn auch immerhin die einzelnen Länder in der Art der Ausführung dieser Fürsorge Verschiedenheiten zeigten.

Als allgemeinen Erfahrungssatz stellt Vf. obenan, dass, je reicher ein Land und je gleichmässiger der Wohlstand in einer Bevölkerung vertheilt sei, um so eher würden die Kranken statt in häuslicher Pflege in den Heilanstalten untergebracht, die dann auch in grösserer Anzahl vorhanden seien; zum Beweise führt er die Verhältnisse in dem wohlhabenden Dänemark und den reicheren Provinzen Schwedens an, während in Norwegen und Finland schon die orographischen Verhältnisse weniger auf eine rasche Entfernung der Kranken aus der häuslichen Pflege hinweisen, und zwar umsoweniger, als in diesen Gegenden die Geistesstörung im Allgemeinen unter dem Bilde einer mehr depressiven, rasch in Demenz übergehenden Form verlaufe. Gleichwohl geht das Bestreben auch in diesen Ländern dahin, mehr Plätze für die Unterbringung von Geisteskranken zu schaffen. Norwegen besitzt deren schon eine grössere Zahl als Schweden, und Finland bereitet eben eine völlige Umgestaltung seines gesammten Irrenwesens vor.

Bei einer Gesammtbevölkerung Skandinaviens von 10308465 wurden 1880 gezählt: 17942 Geisteskranke = 17,4 auf 10000 Einwohner und waren davon untergebracht nach pCt.

in	In öffentl. Anstalten	In Privatanstalten	In Spitälern u. Wohlthätigkeitsanstalten	In häuslicher Pflege
Schweden	24,2	0,1	2,1	73,6
Norwegen	32,9	—	—	67,1
Finland	10,1	—	2,1	87,8
Dänemark	56,1	—	7,7	36,2

Wenn nun nach dieser Uebersicht Skandinavien zu wenige öffentliche Anstalten besitzt und selbst das wohlhabende Dänemark nur für wenig über die Hälfte seiner Kranken Anstaltsplätze hat, so geht doch in der Neuzeit das allgemeine Streben dahin, diesem Missstande abzuhelfen,

Digitized by Google

zumal Privatanstalten nur sehr wenige vorhanden und die häusliche Pflege gar manches zu wünschen übrig lässt.

Das Vorurtheil gegen die Anstaltspflege der Kranken schwindet auch in diesen Ländern und constatirt Vf. für die letzten 20 Jahre eine bedeutende Aenderung der Gesinnung der Bevölkerung zu Gunsten der Anstalten und der in Behandlung gewesenen Kranken.

Betreff der Aufnahme in die Anstalten entwickelt *St.* seine Erfahrungen dahin: möglichst rasche Aufnahme der acuten Fälle, ferner möglichst fortdauernde Verpflegung der chronisch Kranken in den Anstalten und ist ein entschiedener Gegner der Unterbringung derselben in Armenhäusern u. dgl., wo die Kranken schon durch die Organisation des Hauses sich gedrückt fühlen und leichter neuen Erregungszuständen ausgesetzt sind.

In der nun folgenden Besprechung des Irrenwesens der einzelnen skandinavischen Länder berichtet Vf., dass in Schweden die Geisteskranken in klösterlichen Brüderschaftsasylen „Hellig Aands Huse" untergebracht gewesen neben fremden und sonstigen hilfsbedürftigen Personen; diese Asyle wurden nach der Reformation lediglich zur Aufnahme Geisteskranker bestimmt, hiessen „hopitaux", während die übrigen Krankenhäuser „lazarets" genannt wurden.

Von 1773—1877 befand sich die Irrenpflege ganz in den Händen des Ordens der Seraphiner, welche sich mit grossem Eifer und Geschick derselben unterzogen und erst nach Aufhebung dieses Ordens 1877 ging die Leitung der Anstalten in die Hände weltlicher Aerzte über. Gegenwärtig besitzt Schweden 10 Anstalten mit einer Gesammtsumme von 2248 Plätzen; die kleinste Anstalt (Wisby) besitzt 30, die grösste (Upsala) besitzt 400 Plätze.

Die Zahl der Geisteskranken stieg vom Jahre 1860—1880 von 19,53 auf 25,0 unter 10000 Einwohner.

Davon waren untergebracht:

a) in öffentl. Anstalten 1860 = 18,85 pCt. und 1880 = 23,86 pCt.,

b) in häuslicher Pflege 1860 = 81,15 pCt. und 1880 = 76,03 pCt.

Jeder Kranke kostete in den Anstalten jährlich 650 frcs.

In Norwegen begann die Irrenfürsorge mit einem Recript vom 14. Juli 1736, welches anordnete, dass in jedem Spitale 1—2 Zimmer zur Aufnahme und Verpflegung armer Geisteskranker einzurichten seien, wodurch eine Menge kleiner Asyle entstanden. Erst 1855 wurde ein neues grösseres Asyl (Gaustad) eröffnet, welchem 1871 Rotvold und 1881 Eg bei Christiansand folgten; arme Kranke können gegen ein gewisses Fixum auch in einzelnen Privatasylen Unterkunft finden und stehen dieselben unter gleicher Controlle wie die Staatsanstalten.

In den 10 Privat- und Staatsanstalten Norwegens waren 1880 1041 Kranke (553 M. und 488 F.) untergebracht; die 1881 eröffnete Anstalt zu Eg bietet Platz für 230 Kranke.

In Finland wurden 1771 zuerst 40 Plätze für Geisteskranke in einem ehemaligen Leprosenhause eröffnet, nachdem schon 1687 in dem Leprosen-

Digitized by Google

hause zu Kronoby Anfangs 7 und später 25 Plätze den gefährlichen Irren zugewiesen waren, um sie unschädlich zu machen — mehr wurde damals nicht verlangt. Erst 1841 begann mit dem Bau der Anstalt zu Lappvik eine Aenderung zum Besseren in dem finländischen Irrenwesen, auch wurden in jedem grösseren Spitale 4 Isolirräume zur provisorischen Unterbringung von Geisteskranken eingerichtet. Allmälig und besonders noch durch die Möglichkeit des Einkaufes in die Anstalten Siählö und Lappvik füllten sich dieselben derart mit chronisch Kranken, dass 1873 durch eine Commission das Irrenwesen einer Reorganisation unterzogen werden musste; die Hauptpunkte derselben bestanden in Gründung kleiner Aufnahmsasyle für je 20 Kranke, in Errichtung zweier grosser Centralanstalten für je 500 Kranke, mit welchen einige agrikole Colonien verbunden waren. Die Anstalt zu Lappvik wurde als Heilanstalt und klinisches Institut beibehalten, während Siählö zur Aufnahme von Epileptikern, unheilbaren Geisteskranken und irren Verbrechern bestimmt wurde.

Gegenwärtig besitzt Finland 899 Plätze für Geisteskranke.

In Dänemark begann die Irrenfürsorge 1632 mit der Errichtung von 30 Zellen für Geisteskranke in St. Jörgensgaard, einem ehemaligen Leprosenspitale bei Kopenhagen. Gegenwärtig besitzt das Land 4 grosse Anstalten, in welchen sich am 1. Januar 1884 1959 Kranke befanden — die Summe für eine weitere Anstalt von 400 und später 700 Kranken wurde dieses Jahr bewilligt.

In Schweden und Finland stehen die Anstalten unter der Oberaufsicht des ärztlichen Generalinspectors, während sie in Norwegen und Dänemark dem Justizministerium unterstehen.

Privatanstalten finden sich in Skandinavien nur sehr wenige und sehr kleine — es sind auch die Kranken der vermögenden Klassen in den öffentlichen Anstalten untergebracht.

Norwegen, Schweden und Finland besitzen zwar eine Irrengesetzgebung, doch ist dieselbe in vielen Stücken mangelhaft, namentlich finden sich keine Artikel, welche die Rechte der Irren gegenüber der Gesellschaft regeln; in Dänemark bestehen nur die Reglements für die einzelnen Anstalten.

Das Studium der Psychiatrie ist in Schweden obligatorisch, in den drei anderen Ländern nicht, doch bestehen auch hier klinische Anstalten, in welchen die Aerzte 3—5 Monate dauernde Curse durchmachen können.

Vf. bespricht schliesslich noch in Kürze die Idiotenanstalten Skandinaviens: in Schweden giebt es in 11 Anstalten 291 Plätze und ergab eine Zählung 1882 auf 1082 Einwohner 1 Idioten. In Norwegen ergab eine Zählung im Jahre 1865 2039 Idioten (1056 M. und 983 Fr.) = 1 auf 835 Einwohner; in Finland fanden sich 1882 1268 (738 M. und 530 F.), und in Dänemark zählte man den 1. Februar 1880 2602 Idioten.

Vorstehender Schrift ist eine sehr übersichtliche, die Verth Geisteskranken und Idioten in den skandinavischen Ländern Karte beigegeben.

Digitized by Google

Auszug aus den statistischen Tabellen der Irrenanstalten Schwedens für das Jahr 1883.

Zu Anfang des Jahres befanden sich in den 10 schwedischen Anstalten 1974 Kranke (1042 M. u. 932 Fr.); der Zugang betrug 643 (325 M. u. 318 Fr.); genesen verliessen die Anstalten 210 (96 M. u. 114 Fr.), 98 (63 M. u. 35 Fr.) starben. — Ende 1883 war der Krankenbestand 2061 (1075 M. u. 986 Fr.).

Von den „genesen" Entlassenen waren 176 weniger als 1 Jahr, 20 1—2 Jahre, 4 2—3 Jahre, 1 3—4 Jahre, 2 4—5 Jahre, 7 über 5 Jahre in Anstaltsbehandlung.

Die meisten Aufnahmen fielen in die Altersperiode von 21—35 Jahren; nach dem Civilstand schieden sich die Aufgenommenen in 405 Ledige, 186 Verheirathete, 16 Wittwer, 34 Wittwen und 2 Geschiedene.

Beschäftigt wurden die Kranken mit Land- und Gartencultur, mit Tischlerei, Malerei, Schneider- und Schuhmacherarbeit, Spinnen, Korbflechten, Wergzupfen, Weben, Nähen, Stricken etc.; die Anstalt Stockholm besitzt eine Buchdruckerei.

Als häufigste Todesursache werden chronische und acute Phthise, ferner Krankheiten des Magens und der Baucheingeweide angegeben.

Statistik aus den Jahresberichten der dänischen Anstalten für das Jahr 1883.

Aus den tabellarischen Zusammenstellungen der 4 Anstalten Dänemarks ergibt sich ein Bestand am 1. Jan. 1883 von 1914 Kranken (878 M. u. 1036 Fr.). Der Zugang betrug 474 (247 M. u. 227 Fr.), der Abgang 409 (203 M. u. 206 Fr.), wovon durch Tod 121 (76 M. u. 45 Fr.), durch Genesung 145 (70 M. u. 75 Fr.).

Die Aufenthaltsdauer der Entlassenen und Gestorbenen in den Anstalten war im Mittel 733,06 Tage.

Die meisten Aufnahmen fanden im October statt (48), die wenigsten im September (23), im Allgemeinen waren jedoch die Sommermonate bevorzugt.

Nach dem Alter fielen die Maxima der Aufnahmen in die Periode zwischen 26—40 Jahre; der Civilstand der Aufgenommenen ergab 243 Ledige, 183 Verheirathete, 5 Geschiedene und 33 Verwittwete.

Nach Krankheitsformen vertheilten sich die Aufgenommenen in 157 (66 M. 91 Fr.) Melancholien, 83 (53 M. 30 Fr.) Manien, 158 (73 M. 85 Fr.) secund. Seelenstörungen, 46 (41 M. 5 Fr.) Paralysen, 18 (9 M. 9 Fr.) Epileptiker und 12 (5 M. 7 Fr.) Idioten.

Wiederaufnahme fanden 10,26 pCt. der Entlassenen, Rückfälle erlitten 10,18 pCt. der „genesen" Entlassenen.

Entlassen wurden 6,12 pCt. genesen, 4,61 pCt. gebessert, 2,23 pCt. un-

Digitized by Google

geheilt, gestorben sind 6,23 pCt. des Bestandes. Unter den Todesursachen stehen Phthisis, Periencephalitis und Emollitio cerebri obenan, Selbstmorde kamen 2 vor.

Für jeden Kranken sind im Allgemeinen vorhanden 13,57 Quadratmeter und 46,54 Cubikmeter Raum.

Auf 8,09 Kranke kam je 1 Wärter — Plätze für Neuaufnahmen waren in sämmtlichen Anstalten noch 289 frei.

Das Wartpersonal (durchaus weltlich) bezieht einen durchschnittlichen jährlichen Lohn von 294 fr. (M.) und 196 fr. (W.); ausserdem erhalten bei freier Station III. Cl. die Wärter eine Uniform und die Wärterinnen die Unterkleider.

***Presl,* Die Ueberbürdung der Schüler an höheren Lehranstalten und die Irrenstatistik. — Wiener medic. Presse No. 31.**

Anknüpfend an die Erklärung der preuss. wissenschaftl. Deputation, „dass auf Grund des bis jetzt vorliegenden Materiales weder als erwiesen noch als wahrscheinlich anzusehen ist, dass Ueberbürdung durch die Ansprüche der Schule mit ausreichender Sicherheit als die alleinige oder wesentliche Ursache für Geistesstörungen der Schüler zu betrachten, oder dass in der Häufigkeit solcher Fälle neuerdings eine Zunahme zu bemerken ist", unterzog Vf. besonders den Schlusssatz derselben einer vergleichenden Untersuchung, indem er die Irrenstatistik der Schüler der höheren Lehranstalten Oesterreichs zu Grunde legte.

Die Zahlen der männl. geisteskranken Studirenden von Hoch-, Fach- und Mittelschulen waren in den Jahren 1873—1880 = 62, 59, 61, 73, 95, 86, 103 und 93, woraus hervorgeht, dass vom Jahre 1876 an eine bedeutende Zunahme zu bemerken, die namentlich 1877 sehr auffällig wird, was mit den in derselben Zeitperiode in Wirksamkeit getretenen neuen Lehrplänen für Real- und Fachschulen, die höhere Anforderungen als bisher an die Schüler stellten, in einem ursächlichen Zusammenhang stehen könnte.

Nach einer Tabelle, in welcher die Fälle nach Krankheitsformen geordnet erscheinen, zeigt sich eine Zunahme der Verrücktheit, des Blödsinns und der epileptischen Geistesstörung.

Die Zahlen der Studirenden selbst nahmen in den Jahren 1871—1879 stetig zu, die der Irren ebenfalls, jedoch nicht in gleich stetiger Weise (vid. Tab. im Original), dagegen zeigten die genannten 3 Krankheitsformen eine stetige Zunahme und trotz der mitunter bedeutenden Schwankungen überstiegen alle Krankheitsformen, mit Ausnahme der Melancholie, die Zahlenwerthe der 1873—1875.

Dieses Schwanken der Zahlenwerthe führt Vf. zu der Vermuthung, dass in den vorliegenden Fällen bei der Entstehung der Geisteskrankheit keine fortdauernde Ursache, wie die Ueberbürdung eine solche ist, allein wirks-

Digitized by Google

sondern es müssen entschieden noch andere Hilfsursachen (Heredität, Onanie, schlechte Ernährung etc.) zur Entstehung der Krankheit beitragen. Ein sicherer Schluss auf das ursächliche Verhältniss der Ueberbürdung in der Schule zur Geisteskrankheit kann nur durch sorgfältige Prüfung der Krankengeschichte eines jeden einzelnen Falles erreicht werden, der Versuch der Lösung der Frage auf statistischem Wege führe leicht zu irrthümlichen Resultaten.

***Oudart*, Rapport sur la situation des asyles d'aliénés du royaume. Années 1877 à 1881. — Annales et bulletin de la soc. de méd. de Gand. August 1884.**

Ingels bespricht diese umfangreiche Veröffentlichung über das belgische Irrenwesen, welche neben den weitgehendsten statistischen Mittheilungen einen Plan nebst Detailbeschreibung der neuen Anstalt in Tournai enthält und ausserdem eine Reihe der gegenwärtig wichtigsten Fragen des Irrenwesens in Belgien, wie z. B. die Errichtung neuer Provinzialanstalten etc. eingehend behandelt.

Belgien besitzt 40 Anstalten (darunter sehr viele Privatanstalten) zur Unterbringung von Geisteskranken und zwar 5 in der Provinz Antwerpen, 10 in Brabant, 4 im westlichen, 10 im südlichen Flandern, 5 in Hennegau, 4 in der Provinz Lüttich, 2 in Limburg; Luxemburg und Namur besitzen keine Anstalten. Die Art der Vertheilung dieser Anstalten über das Königreich ist von sichtlichem Einfluss auf die numerischen Angaben der Zahl der Geisteskranken in den einzelnen Provinzen.

Von den 40 Anstalten zählen 27 von 10—150 Kranke, 4 von 150—300 und 9 von 4—500 und darüber.

Als einziges Mittel, der gegenwärtigen Ueberfüllung der Anstalten abzuhelfen, wird die Errichtung neuer Provinzialanstalten empfohlen, welche Absicht bisher an dem Widerstande der Provinzialausschüsse scheiterte, doch wird die Nothwendigkeit derselben mehr und mehr erkannt werden.

In der neuen Staatsanstalt zu Tournai sind vorläufig 150 Kranke untergebracht.

Die Volkszählung am 30. Juni 1879 ergab 10020 Geisteskranke in Belgien, von denen 2134 in häuslicher Pflege und 7886 in Anstaltspflege untergebracht waren; wie bei allen derartigen Zählungen entspricht die Zahl der ausserhalb der Anstalten befindlichen Kranken wohl kaum den thatsächlichen Verhältnissen.

Auch mit der materiellen Stellung der Aerzte an den Anstalten beschäftigt sich der vorstehende Rapport.

Aus den Tabellen wird noch besonders hervorgehoben, dass die Zahl der Kranken in den Anstalten vom Jahre 1851—1881 von 3841 auf 8250 angewachsen, sich also beinahe verdreifacht hat.

Digitized by Google

Lunier, Krankenbewegung in Frankreich von 1835 bis 1882. — Annales méd. psychol. September.

Vf. wählte sich folgende Punkte zur Besprechung:

1) Ueber das Verhältniss der Krankenbewegung in Frankreich nach den bei den Volkszählungen gewonnenen Angaben,

2) Ueber die Ursachen der Vermehrung der in Anstalten untergebrachten Geisteskranken, und

3) Hat sich die Zahl der Geisteskranken wirklich vermehrt und in welchem Verhältniss?

ad 1. Während der Jahre 1835—1876 fanden in Frankreich bei den Volkszählungen auch gleichzeitig Zählungen der Geisteskranken statt (cf. Tab.), wobei sich die Thatsache ergab, dass 1835 - 1872 die Zahl der Geisteskranken sich etwa um das Fünffache vermehrte; in dieser Zählung waren selbstverständlich auch die Imbecilen, Idioten und Cretinen inbegriffen und machten dieselben 1856 65 pCt. aller in häuslicher Pflege befindlichen Kranken aus. Dieses Verhältniss stieg 1876 auf ungefähr 80 pCt. der zu Hause Verpflegten, während zur selben Zeit sich nur 1,7 pCt. Idioten und Cretinen in den Anstalten befanden.

1876 kam 1 Geisteskranker auf etwa 444 Einwohner, welches Verhältniss im Allgemeinen mit den in anderen Ländern gefundenen Zahlenangaben übereinstimmt.

ad 2) Das Anwachsen der Krankenzahl in den Anstalten in den Jahren 1835—1882 von 10539 auf 49012 war mit Ausnahme der Jahre 1850 und 1871 ein regelmässiges. — 1850 hatte die 1849 wüthende Cholera in den Anstalten selbst die Ziffern herabgedrückt und 1870/71 hatte der Krieg eine Störung in dem regelmässigen Functioniren der Asyle zur Folge gehabt; durch den Wegfall von Elsass und Lothringen sank die absolute Zahl der Geisteskranken in Frankreich von 39153 am 1. Jan. 1870 auf 38945, im Jahre 1871 und 1872 auf 37273; von 1873 an fand wieder eine regelmässige alljährliche Zunahme statt.

Das Verhältniss der Kranken in den Anstalten zu der Anzahl der Gesammtbevölkerung hob sich von 316 auf 1300 von 1 Million, es hat sich demnach mehr als vervierfacht; dieses Anwachsen der Anstaltsbevölkerung war in den ersten Jahren ein rasches — immerhin sind aber in Frankreich im Verhältniss besonders zu England, Belgien und Schottland noch zu wenige seiner Kranken in den Anstalten untergebracht.

Dieses Anwachsen der Kranken in den Anstalten findet *L.* theils in dem Plus der Aufnahmen gegenüber den Abgängen, dann in der Zunahme der Aufnahmen überhaupt.

Was den ersten Punkt betrifft, so schwankte der Zuwachs in den Anstalten — nach Quinquennien berechnet — zwischen 4,22 und 17,4 pCt.; derselbe war geringer bei den Männern als bei den Frauen und stellte sich das Verhältniss etwa = 100 : 119. Umgekehrt stellte sich das Verhältniss

Digitized by Google

der Aufnahmen, indem etwa auf 100 Frauen 114 Männer kamen. Vf. erklärt diese Thatsache einestheils durch eine geringere Heilungshäufigkeit der Frauen, andererseits durch die Häufigkeit der Paralysen und des Alkoholirreseins bei Männern, wovon die ersteren bald sterben, die anderen aber immer wieder in die Anstalten zurückkehren — er glaubt mit Recht behaupten zu können, dass die Männer etwa in einem Verhältniss von 114:100 häufiger von Geistesstörung befallen werden als die Frauen.

Was den zweiten Punkt, die Zunahme der Aufnahmen überhaupt, betrifft, so kamen 1835 auf 1 Million der Bevölkerung 118 — 1848 schon 207 und 1882 376 Aufnahmen, die relative Zahl hat sich demnach seit 1835 mehr als verdreifacht. Die Ursache dieser Zunahme findet Vf. theils in der möglichen Vermehrung der Geisteskranken überhaupt, in dem wachsenden Vertrauen zu den Anstalten und dem Schwinden der Vorurtheile gegen dieselben, dann aber auch in der Erleichterung, Kranke auf öffentliche Rechnung in den Anstalten unterzubringen.

Eine weitere Ursache der Anhäufung der Kranken in den Anstalten liegt in der Abnahme der Zahl der Heilungen und der Todesfälle; 1864 wurden von 100 Aufgenommenen 27,97 genesen entlassen, 1874 nur 24,8, und hat dies seinen Grund darin, dass eben sehr viele Unheilbare — Idioten, Altersschwachsinnige, Gelähmte etc. — in den Anstalten Aufnahme finden; ohne diesen Zuwachs würde die Zahl der Genesenen sich jetzt auf etwa 38—40 pCt. der Aufgenommenen stellen.

Die Zahl der Todesfälle fand auch eine progressive Verminderung — schliesslich bleibt immer noch ein Rest von etwa 9 pCt., durch den alljährlich die Zahl der Kranken in den Anstalten vermehrt wird.

Verringerung dieser Zahl lässt sich nur erreichen, wenn die heilbaren Kranken frühzeitig in die Anstalten kommen und wenn für die genannten unheilbaren Krankheitsformen Specialasyle und Pflegeanstalten errichtet werden.

ad 3) In den letzten Jahren war die Zahl der Aufnahmen sich ziemlich gleich geblieben und glaubt Vf., dass die Zahl der Geisteskranken sich nicht eigentlich vermehrt hat, wenn man auch mehr Paralytiker, Alkoholisten und Verrückte zählt; andererseits ist dafür die Zahl der Idioten und Cretinen um ein bedeutendes heruntergegangen — für einen Vergleich mit dem vorigen Jahrhundert fehlt uns jeglicher Anhaltspunkt.

Vf. illustrirte seine interessanten Ausführungen durch reiche statistische Tabellen und sehr übersichtliche graphische Darstellungen der aus denselben gewonnenen Resultate.

Aus dem ärztlichen Bericht des K. K. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1882.

Psychiatrische Klinik des Prof. Dr. *Meynert*:

Während 1882 waren 988 M. und 579 F., zusammen 1567 Personen in

Digitized by Google

Behandlung. — Vom Vorjahr geblieben waren 51 M. und 30 F. (81). Neuaufnahmen: 853 M. und 517 F. (1370). Durch Transferirung: 84 M. und 32 F. (116).

Entlassen wurden durch Transferirung 40 M. und 10 F. (50). Geheilt: 162 M. 41 F. (203). — Gebessert: 42 M. 25 F. (67). Ungeheilt: 627 M. 418 F. (1045). Gestorben: 66 M. 42 F. (108). Summe des Abganges: 937 M. 536 F. (1473).

Blieb Ende December 1882 Bestand: 51 M. 43 F. (94).

Der Form nach kam an erster Stelle Alkoholismus 21,1 pCt., dann Paralyse 20,3 pCt., Delirien 20 pCt., chronischer Wahnsinn 13,7 pCt., acuter Wahnsinn 9,2 pCt., originäre Verrücktheit 3,7 pCt., Melancholie 0,6 pCt.

Digitized by Google

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Spamer-Bingen 3*

A. Herzen, Die physischen Bedingungen für Bewusstsein. *Paul Moreau*, Narren und Possenreisser. *J. M. Carnochan*, Localisation im Gehirn in Beziehung auf Geisteskrankheit. *John P. Gray*, Erblichkeit. *C. B. Burr*, Wahnideen, Illusionen und Hallucinationen. *Ssikorsky*, Die Erscheinungen des partiellen Bewusstseins. *v. Kandinsky*, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen.

Hypnotismus und Verwandtes 13*

Tuguet, Hypnotismus mit Hyperästhesie des Gehörs und Geruchs. *C. L. Dana*, Krankhafte Schläfrigkeit und Schlafsucht. *A. Tamburini* u. *Sepilli*, Weitere Beiträge zum experimentellen Studium des Hypnotismus. *K. Laufenauer* u. *A. Högyes*, Die Erscheinungen des Hypnotismus bei hysteroepileptischen Personen. *C. Lechner*, Zur Frage der Hypnose. *Beaunis*, Eine Thatsache des Hypnotismus. *A. Pitres*, Hypnotische Eingebungen. *A. Voisin*, Studien über den Hypnotismus und über die Eingebungen bei einer Geisteskranken. *Edm. Gurney*, Die Räthsel des Hypnotismus.

2. Psychophysik. Ref.: Kraepelin-Dresden 31*

Fechner, Ueber die Frage des *Weber*'schen Gesetzes. *Estel*, Ueber die Frage des *Weber*'schen Gesetzes. *G. Th. Fechner*, Ueber die Methode der richtigen und falschen Fälle in Anwendung auf die Maassbestimmungen der Feinheit oder extensiven Empfindlichkeit des Raumsinns. *Lorenz*, Die Methode der richtigen und falschen Fälle in ihrer Anwendung auf Schallempfindungen. *Kraepelin*, Zur Frage nach der Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes. *Ebbinghaus*, Ueber das Gedächtniss. *Buccola* e *Bordori-Uffreduzzi*, Ueber die Zeit der Farbenperception. *Dietze*, Untersuchungen über den Umfang des Bewusstseins bei Schalleindrücken.

Digitized by Google

Seite

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Graz 45*

Clark Bell, Irrsinn und Verbrechen. *Everts*, Zurechnungsfähigkeit der Irren. *Bucknill*, Die Beziehungen zwischen Irrsinn und Verbrechen. *Krauss*, Die Psychologie des Verbrechens. *Maudsley*, Moralischer Sinn und Wille bei Verbrechern. Gesetzentwurf über die öffentlichen, privaten und Verbrecherirrenanstalten. Maassregeln zum Schutz und zur Beaufsichtigung der Irren ausserhalb der Irrenanstalten. Garantien bezüglich der Entlassung aus Irrenanstalten. Entwurf eines französischen Irrengesetzes. *Folsom* u. *Bailey*, Statutarische und gesetzliche Bestimmungen bezüglich der Irrenfürsorge in den V. S. *Blanche*, Die Projecte einer Reform des französischen Irrengesetzes. *Mann*, Die Nothwendigkeit einer Anerkennung der Trunksucht als Krankheit in foro. *J. Weiss*, Geistesstörung und Ehetrennungsgesetz in Frankreich. *Laehr*, Entmündigung in den Lucidis intervallis. *Hasse*, Ueber Selbstmord in Irrenanstalten. *Kiernan*, Ueber simulirtes Irresein. *Tamburini*, Gerichtsärztliches Gutachten über einen Dipsomanen. *Blanche* u. *Motet*, Verfolgungswahn. Mordversuch. Gerichtsärztl. Gutachten. *Virgilio*, Gerichtsärztliches Gutachten über einen zweifachen Mörder. *v. Krafft*, Ein criminal-psychologisch denkwürdiger Gerichtsfall. *Schlangenhausen*, Der Fall Hawranek. Epileptisches Aequivalent. Gutachten von Dr. *Koster*. *Motet*, Postepileptisches transitorisches Delirium, vom gerichtsärztl. Standpunkt. *Marandon de Montyel*, Der Fall Soulas. *Lentz* u. *Schrevens*, Ein Fall von Zwangsvorstellungen vor Gericht. *Weiss*, Fall von Athetose, Päderastie. *Falk*, Ueber einige Anklagen wegen Sittlichkeitsverbrechen, *Laehr*, Sittlichkeitsverbrechen vor dem Schwurgericht. *Savage*, Conträre Sexualempfindung. *Landgraf*, Ein Simulant vor Gericht. *Madigan*, War Guiteau geisteskrank? *Bonvecchiato*, Ein skandalöser Process. *v. Krafft*, Kindesweglegung, Dementia senilis incipiens. *Legrand du Saulle*, Gerichtsärztl. Gutachten bei bestrittener Ehe- und Dispositionsfähigkeit. *Dieterich*, Zu § 81 der Strafprocessordnung. Aus den psychiatr. Bladen.

4. Allgemeine Therapie. Aetiologie und allgemeine Pathologie. Ref.: Schüle-Illenau 63*

Allgemeine Therapie 63*

Pütter, Weidenrinde als Füllung der Bettstellen unsauberer Geisteskranken. *Adriani*, Die Erziehung als Prophylaxe des Irreseins. *Putman Stearns*, Betrachtung über die Behandlung Geistes-

Digitized by Google

Seite

kranker. *Everts*, Behandlung Geisteskranker. *J. Weiss*, Nahrungsverweigerung der Geisteskranken. *Hasse*, Ueber die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu den Geistesstörungen.

Aetiologie 65*

Oppenheim, Ueber einen sich an Kopfverletzungen und allgemeine Körpererschütterungen anschl. cerebralen Symptomencomplex. XIX. Internationaler medic. Congress zu Kopenhagen. *Schnabel*, Geistesstörungen nach Augenoperationen. *H. Lathrop*, Geistesstörungen in der Entwicklung mit Rücksicht auf die practischen Aerzte. *M. Charpenter*, Die Bedeutung des Berufs in der Entwicklung der Geistesstörung. *E. Quinquaud*, Nervöse Störungen nach Pocken. *Bartol. Bergesio*, Fall von Parkinson'scher Krankheit mit Geistesstörung. *Culerre*, Aetiologische Studien über die psychische Degenerescenz.

Allgemeine Pathologie 69*

Siemens, Combinirte Psychosen. *Leidesdorf*, Psychische Störungen im Kindesalter. *J. Morel*, Eintheilungsversuch der Geistesstörungen. *E. Chambard*, Neuropathische Familie. *Millet*, Schwindel bei Geisteskranken. *Hallopeau*, Hallucinationen. *Hughes*, Definition der Geistesstörung. *Bourneville* et *Séglas*, Wiederkauen. *Ira Russel*, Das Grenzgebiet der Geistesstörung. *Wiglesworth* and *Bickerton*, Ueber Augenhintergrundbefunde bei Geisteskranken. *Giovanni Algeri*, Die Geistesstörungen im Zusammenhang mit der Menstruation. *Soury*, Die Pathologie in der Geschichte. *Newington*, Unrichtige Prognose. *B. Chapin*, Ueber Zurechnungsfähigkeit in gewissen Stadien des Typhus. *Seppilli*, Untersuchungen über das Blut Geisteskranker. *Mercier*, Vorkommnisse bei Geistesstörung. *Rutherford Macphail*, Klinische Beobachtungen über das Blut Geisteskranker. Psychiatrischer Unterricht.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . 77*

Liebmann, *Victor*, Zur pathologischen Histologie der Hirnrinde bei Irren. *Rosenbach*, *P.*, Ueber das Verhalten des Nervensystems im Hungerzustande. *Mendel*, *E.*, Ueber die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse der Irren. *Witkowski*, Ueber die Neuroglia. *Hebold*, *Otto*, Casuistische Mittheilungen aus der Rhein. Prov.-Irrenanstalt zu Andernach. *Marandon de Montyel*, *E.*, Beitrag zum Studium der Ungleichheit der Grosshirnschenkel in der „folie neurosique" und der Dementia paralytica. *Baillarger*, Ueber die schiefrige Fär-

Digitized by Google

Seite

bung des Hirns bei allgemeiner Paralyse und ihre Beziehungen zum Decubitus des Kreuzbeins. *Mabille*, *M.*, Pachymeningitis ähnlich einer allgemeinen Paralyse. Schiefrige Färbung des Hirns etc. *Millet*, Rechtsseitiges Sarcom der Dura mater und einseitige Hallucinationen der rechten Seite. *Camuset*, *L.*, Ueber Veränderungen der Dura des Hirns in der allgemeinen Paralyse. *Deecke*, *Theodore*, Ueber progressive Meningocerebritis der Geisteskranken.

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Grafenberg 82*

Marandon de Montyel, Ueber Unheilbarkeit und spätere Heilung von Seelenstörungen. *Ball*, Irresein bei Zwillingen. *Verga*, Ein Fall von inducirtem Irresein. *Wiglesworth*, Die Pathologie der Manie. *Nellis*, Bericht über einen Fall von acuter Manie. Ueber transitorische Manie. *Ball*, Das Pubertätsirresein oder die Hebephrenie. *Martinenz*, Wiederholte Selbstverstümmelungen bei einer Geisteskranken. *Boucher*, Beitrag zur Lehre vom Delirium chronicum. *Seglas*, Bemerkungen über einen Fall von Melancholia anxia. *Kraussold*, Melancholie und Schuld. *Dana*, Zweifelsucht und Berührungsfurcht. *Cabadé*, Ein Fall von Zweifelsucht. *Amadei* und *Tonnini*, Ueber die Paranoia und ihre Formen. *Tanzi* und *Riva*, Die Paranoia. *Raggi*, Ueber das degenerative Element in der Entstehung der primären Verrücktheit. *Siemens*, Absolute Carenz eines Paranoischen. *Björnström*, Ein typischer Fall von primärer Verrücktheit. *Moreau de Tours*, Ueber die Anwendung des Haschisch bei Psychosen. *Andrews*, Bericht über neue Arzneimittel. *Kéraval*, Ueber die Wirkung des Paraldehyd bei Geisteskranken. *Benda*, Kurze Mittheilung über die bisherigen Versuche mit Paraldehyd in Stephansfeld.

7. Circuläre Psychosen und Gefangenschafts-Irresein.

Vacat.

8. Progressive Paralyse und Psychosen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 99*

Descourtis, Kräftezustand bei den Paralytikern. *Bianchi*, Sehnenreflexe in der progressiven Paralyse. *Girma*, Physiologische und therapeutische Wirkung des Ergotin bei Congestivzuständen in der allgemeinen Paralyse. *Christian*, Schwierigkeiten in der

Digitized by Google

Seite

Diagnose der allgemeinen Paralyse. *Régis*, Schwierigkeiten in der Diagnose der allgemeinen Paralyse. *Goldsmith*, Einige frühzeitige Symptome der allgemeinen Paralyse. *Luys*, Statistische Ermittelungen zum Studium der pathogenen Bedingungen der allgemeinen Paralyse. *Hitzig*, Ueber subnormale Temperaturen der Paralytiker. *Reinhard*, Zur Casuistik der niedrigsten subnormalen Körpertemperaturen bei Menschen. *Ball*, Ueber die Erblichkeit bei der allgemeinen progressiven Paralyse. *Rohmell*, Die Rolle der Syphilis bei der allgemeinen Paralyse. *Kiernan*, Dementia paralytica. *Paris*, Allgemeine Paralyse durch Insolation. *Ramsden Wood*, Fall von acuter Manie. *Westphal*, Ueber einen Fall von spinaler Erkrankung mit Erblindung und allgemeiner Paralyse. *Rabbas*, Störungen in der Fähigkeit des Lesens bei progressiver Paralyse. *Rey*, Intellectuelle Störungen bei einigen Rückenmarks-Erkrankungen. *Fournier*, Psychische Störungen in der präatactischen Periode der Tabes. *Mickle*, Viscerale und andere syphilitische Erscheinungen bei Geisteskranken. *Brosius*, Der Beginn der Dem. par. *Halbertsma*.

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 115*

Mendel, Ueber Epilepsie. *Mendel*, Präepileptisches Irresein. *Witkowski*, Ueber einige Erscheinungen epileptischer und comatöser Zustände. *Ruhemann*, Beiträge zur Epilepsie. *Planat*, Epilepsie übertragen vom Thier auf den Menschen. *Bérand*, Schwangerschaft und Epilepsie. *Féré*, Eclampsie und Epilepsie. *Erlenmeyer*, Gleichzeitige Anwendung verschiedener Bromsalze bei Nervenleiden. *Küssner*, Die Anwendung von Brompräparaten bei Neurosen. *Flechsig*, Zur gynäkologischen Behandlung der Hysterie. *Immermann*, Hysterie mit periodisch eintretenden Zwangsbewegungen. *Ballet* u. *Crespin*, Anfälle von Hysterie. *Bircher*, Die Castration bei Ovarialneuralgie und Hysterie. *Bourneville* et *Bonnaire*, Neue Beobachtung von Hystero-Epilepsie bei einem jungen Mann. *Charcot*, Fall von Hystero-Epilepsie. *G. L. Walton*, Beitrag zum Studium der Hysterie.

10. Delirium acutum. Alkoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Freusberg-Saargemünd 128*

Delirium acutum 128*

Wellenbergh, Hirndruck bei Delirium acutum.

Alkoholismus 128*

Rose, Delirium tremens und Delirium traumaticum. *Jaillet*, De

Digitized by Google

Seite

l'alcool. *Narvand*, Geistesstörung, Alkoholismus und Selbstmord in der französischen Armee. *Kirn*, Trunksucht und Dipsomanie. *Magnan*, De la Dipsomanie. *Rothamel*, Ueber Dipsomanie. *Moeli*, Statistisches und Klinisches über Alkoholismus. *Dreschfeld*, Ueber Alkoholparalysen. *Seligmüller*, Myelitis der Potatoren. *Achroyd*, Geschichte der Trunksucht. *F. D. Crothers*, Acute Trunksuchtsanfälle. *Krücke*, Die Pseudotabes der Alkoholisten. *Madden*, Ueber Alkoholismus bei Kindern. *L. Langer*, Veratrin beim chronischen Alkoholismus. *Bradley Fox*, Exaltation im chronischen Alkoholismus. *Crothers*, Trunksucht bei Schwachsinn. *Crothers*, Ansteckung der Trunksucht. *Wright*, Die verführerische Wirkung des Alkohols auf Neuropathische. *Crothers*, Unbewusstes Handeln in der Trunkenheit. *Crothers*, Klinische Studie über die Krankheit und Heilbarkeit der Trunksucht. *Stark*, Bekämpfung der Trunksucht in Elsass-Lothringen. *Stark*, Kampf wider die Trunksucht. *Lammers*, Gegen den Missbrauch geistiger Getränke. *Bär*, Die Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Vereinsthätigkeit. *Martins*, Der Kampf gegen den Alkoholmissbrauch. *Thomann*, Real and imaginary effects of intemperance. *Hirsch*, Ueber Trunksucht und ihre Bekämpfung.

Morphinismus 138*

Peeters, Ueber Morphinismus. *Notta*, Das Morphium und die Morphiomanie. *Hughes*, Die Opium Psycho-neurosis. *Obersteiner*, Morphiumsucht und ihre Behandlung. *Zambaco*, Zum Studium der Morphiomanie. *Hinkley*, Morphiomanie.

Seltenere Intoxicationen 139*

Traymann, Zur chronischen Nicotinvergiftung. *Snell*, Dementia paralytica nach Bleivergiftung. *Sédan*, Ein Aetheromane. *Voisin*, Geistesstörung nach Vergiftung mit Schwefelkohlenstoff.

Lyssa 140*

de Beurmann, Fall von Lyssa beim Menschen. *Pasteur*, Ueber Abschwächung des Hundswuthgiftes. *Thieme*, *Pasteur*'s Bericht. *Feletti*, Fall von Lyssa humana.

11. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Köhler, Hubertusburg 141*

D. Berkhan, Ueber das Stottern. *Berkhan*, Ueber den Massenunterricht stotternder und stammelnder Schulkinder. *Berkhan*, Ueber die Störung der Schriftsprache bei Halbidioten.

12. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Schweizerhof 144*

Sommer, Bericht über eine Informationsreise. *Schultz*, On Asylum location, construction and sanitation. *Howden*, Precautions against Fire in Lunatic Asylum. La colonie de Gheel et le

Digitized by Google

Seite

Dr. *Tucker*. *Godding*, Progress in Provision for the Insane. *Rayner*, Address, delir. at the Anual Meeting of the Med. Psych. Assoc., London. Danemark. Suède. *Boubila*, Asiles de Norvège, de Suède et de Danemark. *E. C. Seguin*, Notes on Spanish Asylums for the Insane. Berlin. Allenberg. Königsberg. Gabersee. Pfullingen. Bremen. Rockwinkel. Lübeck. Prag. Brünn. Feldhof. Hall. Pergine. Stenjewec. St. Pirminsberg. Meerenberg. *Ingels*, Statist. méd. de l'Hospice-Guislain. *Bourneville*, *Bonnaire* etc., Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'Epilepsie, l'Hystérie et l'Idiotie. Barming. Dumfries. Cumberland and Westmoreland. Warwick. Northampton. Northampton. California at Stockton. Stetten. Hephata. Mariaberg. Alsterdorf. Kiel.

13. Statistik. Ref.: Ullrich-Erlangen 161*

Steenberg, Statistik der Geisteskranken und Anstalten in Skandinavien. Auszug aus den statistischen Tabellen der Irrenanstalten Schwedens. Statistik aus den Jahresberichten der dänischen Anstalten. *Presl*, Die Ueberbürdung der Schüler an höheren Lehranstalten und die Irrenstatistik. *Oudart*, Rapport sur la situation des asyles d'aliénés du royaume. *Lunier*, Krankenbewegung in Frankreich von 1835 bis 1882. Aus dem ärztlichen Bericht des k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom Jahr 1882.

Digitized by Google

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 1. Halbjahre 1885.

Redaction: W. Nasse-Bonn.

Digitized by Google

Digitized by Google

1. Psychologie. Referent: Fränkel-Bernburg.

Howard (Canada), Irre und Irrsein. — The Alienist and Neurologist. April.

Carlisle's Spruch: „Von den 1424 Mill. Erdbewohnern sind die meisten Narren" deutet *H.* dahin, dass die meisten unmoralisch, d. h. solche Leute seien, welche in Folge der Unvollkommenheit ihrer Materia cogitans den Naturgesetzen zuwiderhandeln, gleichviel ob ihr Gebrechen ein angeborenes (teratologisches) oder ein erworbenes (pathologisches) sei.

Jedes Menschen Führung ist der Ausfluss der Functionen seiner Materia cogitans. Sind diese normal, so ist es auch seine Führung und der betr. Mensch moralisch, sind sie umgekehrt abnorm, so ist es auch seine Führung, er ist ein Fool und folglich unmoralisch, Verbrecher. — Demnach sei zuzugeben, dass alle Verbrecher Fools, Narren sind. — Sind sie es von Hause aus (teratolog.), so nennt man sie Narren oder Schwachsinnige (imbecile), sind sie es durch pathologische Zustände geworden, so nennt man sie Verrückte (maniac.). Ist der Imbecile jung, so ist seine Materia cogitans, — vorausgesetzt, dass der Defect derselben nicht zu gross sei, — entwicklungs- und bildungsfähig und aus dem Fool kann ein ganz moralischer Mensch werden. Ist aber die Zeit der Entwicklung vorüber, so bleibt der Fool sein Leben lang unmoralisch und wenn er ein Verbrechen begeht, so thut die Gesellschaft am besten daran, ihn auf Lebenszeit einzuschliessen. Solche Leute auf Zeit in's Gefängniss schicken ist schlimmer als nutzlos, denn sie kommen als grössere Verbrecher heraus, als da sie hineinkamen. Diese Leute sind der Fluch der menschlichen Race und sie finden sich in jeder socialen Stellung. Etwas Anderes ist es mit den Geisteskranken; sie haben etwas verloren, was sie besassen — ihre Intelligenz — und zwar durch einen pathologischen Vorgang in der Materia cogitans. Sie sind mit der grössten Sorgfalt wissenschaftlich zu behandeln, um das kranke Organ wieder in den Normalzustand zurückzuführen. — Dies der Gedankengang, der sich durch den ganzen Artikel zieht, um in die übliche Klage auszulaufen, dass der grössere Theil der Gesetzgeber, Richter u. s. w. diese einfachen Wahrheiten nicht verstehen will oder kann. Das einzige Beherzigenswerthe, aber auch nicht Neue darin ist, dass man bei Beurtheilung einer verbrecherischen That, nicht die einzelne That, sondern den ganzen Lebensgang, Leibesbeschaffenheit, Instincte und Erziehung des

Digitized by Google

Menschen in Erwägung ziehe und danach entscheide, ob man ihn in's Gefängniss oder in das Irrenhaus schicke. Mit dem Ausspruch, dass die Criminals als Fools zu behandeln sind, ist übrigens der Todesstrafe das Urtheil gesprochen.

***Edmund Garney*, Hallucinationen. — Mind. April.**

Nachdem Vf. mit der Erklärung des Begriffes, was man unter Hallucinationen zu verstehen habe, sich abgefunden und das, was man Illusion zu nennen pflegt, davon getrennt hat, weist er den Fortschritt nach, den die Lehre von den Sinnestäuschungen in jüngster Zeit durch die Untersuchungen *Binet*'s gemacht habe. *Baillarger*'s Axiom, die Hallucination sei eine von der Psyche auf das peripherische Sinnesorgan projicirte Sinnesempfindung, wird durch *Binet*'s Experimente umgestossen. Denn es giebt in der That zweierlei Erregungsquellen, die sich für die Hallucination künstlich herstellen lassen. *Delboeuf*'s Experiment, wobei Grün gesehen wird, während nur weisses Licht auf das Auge fällt, spricht für *Baillarger*'s Ansicht, dass die Psyche allein die Ursache der Täuschung sei. Dagegen sind „Nachbilder" solche Hallucinationen, die auf einem fortgesetzten äusseren Reiz des Sehorgans beruhen. Weitere Beispiele für die Hallucinationen erzeugende Rolle des Gehirnes bei gleichzeitiger Erregung des peripheren Sinnesorganes sind die einseitigen Hallucinationen, welche durch Krankheitsreize des Sinnesorganes (des Auges, des Ohres) der einen Seite entstehen und mit Entfernung jener vergehen oder auf die gesunde Seite sich übertragen; desgleichen die Gesichts- und Gehörstäuschungen bei Blinden und Tauben. *Binet*'s Experimente an 5 in der Salpétrière befindlichen hypnotisirten Mädchen und an einer Irren von St. Anne führen indess noch einen Schritt weiter, denn sie liefern den Beweis, dass die Erregungsursache der Hallucinationen nicht blos in dem peripheren Sinnesorgan, sondern sogar ausserhalb desselben liegen kann. *Binet* ist der erste, der diesen Nachweis geführt und wissenschaftlich begründet hat. Die Experimente wurden in 2 Reihenfolgen angestellt, mit gewissen Instrumenten und ohne solche. Letztere Reihe hält Vf. nicht für so beweiskräftig wie die erstere. Die Instrumente waren ein Prisma, ein Fernglas und ein Spiegel. Es ergab sich, „dass das — durch Suggestion erregte — imaginäre Object unter denselben Verhältnissen gesehen wurde, wie das bei einem wirklichen Bilde geschieht". Diese Beobachtung hat zuerst *Féré* gemacht (vgl. Progrès médical 1881). Die Resultate der ersten Versuchsreihe waren 1) Verdeckung des imaginären Objectes durch Augenlidschluss, 2) durch einen zwischen das Auge und den Raum, welchen das vermeintliche Object einnahm, geschobenen undurchsichtigen Schirm, 3) Verdoppelung des imaginären Bildes bei Seitendruck auf einen Augapfel. In der zweiten Versuchsreihe bewirkte das Prisma die Verdoppelung; entfernte oder näherte das Fernglas den vermeintlichen Gegenstand, je nachdem das untere oder obere Ende

Digitized by Google

dem Auge des Pat. vorgehalten wurde; reflectirte der Spiegel den Gegenstand und gab ein symmetrisches Bild davon; kurz alle optischen Erfordernisse bezüglich der Brechungswinkel u. s. w. waren vorhanden, ganz ebenso als ob ein wirkliches und nicht ein vermeintliches Bild erschiene. Daraus folgert *B.*, dass ein Punkt im äusseren Raume, den er point de repère nennt, am Platze des vermeintlichen Gegenstandes eine wesentliche Rolle bei der Erscheinung spiele, es entstehe ein Empfindungskern, um den sich die Hallucination verkörpere. Nur dann, wenn der point de repère in der bestimmten Lage sich befinde, in welcher er vom Spiegel reflectirt werde, werde auch das imaginäre Object reflectirt, sonst aber nicht. — Mithin sei dieser äussere Punkt der Angelpunkt der Hallucination. Darüber ist nicht zu vergessen, dass in weitaus den meisten Fällen der Erregungspunkt der Hallucinationen nicht nach aussen fällt und der eigentliche Herd derselben, die Brutstätte immer das Gehirn ist. Hier entsteht nun die Frage, welche Localitäten die jeweiligen Sinnestäuschungen erzeugen. Selbstverständlich diejenigen, welche als Sinnescentren erkannt sind oder gelten.

Ob die Einen den Sitz in die niederen Centren, die Thalami, Corpora quadrigemina etc., oder unmittelbar in die höheren der Rinde verlegen, ist in den einzelnen Fällen erklärlich: um den Begriff der (pathologischen) Sinnestäuschungen festzuhalten, ist aber jederzeit erforderlich, dass die Rindenzellen, welche die Werkstätte der Gedankenbildung ausmachen, die falsche Vorstellung reproduciren.

K. Langwieser, Zur physiologischen Erklärung des Bewusstseins. — Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. XLI. H. 1. S. 1—18.

F. v. d. Kroon, Geschichte und Wesen der Hallucinationen. — Psychiatrische Bladen III. 2.

Wesen der Hallucinationen.

Verfasser gibt zunächst eine Analyse der Phantasie, unterscheidet eine abstrahirende, determinirende und combinirende Phantasie, definirt sie als „das geistige Vermögen, das, ohne durch ein vorhandenes Object bestimmt zu sein, die Vorstellung davon bildet".

Die Phantasie-Vorstellung hat ihren Sitz nicht in dem Organ, das die ursprüngliche Wahrnehmung durch Einwirkung eines äusseren Reizes machte. Aber werden die Phantasien sehr lebendig, dann gehen sie in Hallucinationen über, die zuweilen sich selbst bis in das Sinnesorgan ausbreiten können.

Anlass für diese Reproduction von Vorstellungen ist entweder ein physiologischer Reiz, oder ein psychologischer, d. h. ein Associationsvorgang. Diese Reproduction ist nur möglich, wenn von der Wahrne[illegible] der Seele zurückbleibt, aber dieser Rest ist keine Vorstel[illegible] eine Disposition, eine Fähigkeit zur Reproduction der [illegible] factischen Reproduction führt nun entweder der blosse W[illegible]

Digitized by Google

siologischer, resp. Associationsreiz. Dass einzelne Menschen in normalem Zustande im Besitze eines sinnlich concreten Wahrnehmungsvermögens sind, das den Menschen im Allgemeinen fehlt, lässt sich nicht bestreiten. Nach einer ausführlichen Wiedergabe der neuesten einschlägigen Arbeiten von *Kandinsky* und *Ribot* unterscheidet der Verfasser:

Hallucinoide Zustände, Hallucinationen, Illusionen und Delusionen.

Die Hallucination ist 1) eine subjective Sinneswahrnehmung, welche 2) ohne die gewöhnlichen, durch den Reiz der Aussenwelt verursachten centripetalen Processe Bilder schafft, die 3) die Lebhaftigkeit der gewöhnlichen objectiven Bilder erhalten, die 4) als aufgedrungene „Hirnprovenienzen" erscheinen und die 5) das betroffene Individuum als eine wirkliche, der Aussenwelt angehörige Realität anerkennt.

Bleibt eins dieser Merkmale fort, dann haben wir es nicht mehr mit einer Hallucination zu thun.

Hallucinoide Zustände sind solche, die einige Kennzeichen der Hallucinationen haben; andere nicht. Diesen Sinnesbildern — unzutreffend als psychische Hallucinationen bezeichnet — steht das Vorstellungshirn unbeeinträchtigt als Zuschauer gegenüber.

Ein Uebergang aus ihnen zu Hallucinationen ist möglich, wenn 1) mehrere centrale Sinnesbahnen in den fraglichen Reizzustand gebracht werden, 2) wenn diese Reizzustände mit einer gewissen Intensität auftreten, 3) wenn sie von langer Dauer sind.

In diese Kategorie gehören die vielcitirten Visionen *Newton*'s, *Goethe*'s, des von *Wigan* geschilderten Malers.

Hier bricht die Arbeit des Verfassers ab, eine nähere Begründung seiner Anschauungen ist von der Fortsetzung zu erwarten, bis jetzt ist der Vortrag seiner Ideen rein dogmatisch. *Kurella.*

Descourtis, Hypnotismus. — l'Encéphale No. 1.

Die Abhandlung enthält eine „kritische Uebersicht einiger neuen Veröffentlichungen über Hypnotismus". Sie beginnt mit einer kurzen Geschichte des Hypnotismus, seit *Braid* im J. 1841 der Sache den Namen, *Charcot* und *Heidenhain* derselben 1878 die wissenschaftliche Begründung gegeben haben.

Hat die *Charcot*'sche Schule mehr die äusseren, mechanischen Zustände der Hypnotismen in Betracht gezogen, so haben die späteren Untersucher, wie der Verf. selbst, die inneren Vorgänge vorzugsweise im Auge. Auch an der bekannten Reihenfolge der 3 Stadien, lethargisches, kataleptisches, somnambules, welche *Charcot* sowohl für die Hysteria major, wie für den künstlichen Hypnotismus aufgestellt hat, wird von den neueren Autoren, unter *Luys'* Vorgehen, nicht mehr festgehalten. Nicht das lethargische Stadium mache den Anfang; nach *Brémaud* gehe ihm ein Zustand der „Fascination", welches Wort *Descourtis* durch „Captation" ersetzt wissen will, voraus. Diesen Zustand könne man nicht nur mittelst des auf

Digitized by Google

das zu hypnotisirende Individuum zu richtenden Blickes, sondern auch durch Worte oder irgend eine seine Sensibilität erregende Handlung hervorbringen. Die Captation äussert sich durch: Pulsbeschleunigung, Pupillenerweiterung, Anästhesie, Abulie, Neigung zu Contracturen, zu unwillkürlicher Nachahmung, durch Empfänglichkeit für Hallucinationen oder Illusionen, und was nach des Verf.'s Beobachtung sehr wichtig ist, Fortbestehen des Bewusstseins und Erinnerung an den Normalzustand.

Demnach leitet die Captation den Hypnotismus ein, indem sie sowohl zum Somnambulismus führt, welchen *Dumontpallier* und seine Schule als erstes Stadium betrachtet als zur Katalepsie, dem zweiten Stadium direct führen könne, während das lethargische das dritte Stadium bilde und beim Erwachen es umgekehrt sich verhalte. Vor der Rückkehr in den Normalzustand tritt aber ein anderer, bisher wenig beachteter und oft übersehener Zustand ein, das ist das posthypnotische Delirium. Es besteht nicht immer und muss wie alle hypnotischen Erscheinungen hervorgerufen werden. Letzteres geschieht dadurch, dass man dem aus der Hypnose scheinbar erwachten Individuum aufgibt (suggère, wovon die Sache den Namen Suggestion erhalten hat), Das oder Jenes zu thun, zu denken, zu empfinden — und zwar nicht blos für den Moment, sondern auch für einen bestimmten Zeitraum, nach Verlauf eines Tages, eines Monates, vielleicht eines Jahres, bis der Bann der Suggestion gebrochen, d. h. der Impuls dazu aufgehoben wird. Dieser gefährliche Zustand, in welchem das Individuum „wie ein Irrsinniger, und zwar wie ein bewusstlos impulsiver, sich beträgt, als das Opfer des Hirn-Automatismus" — beschäftigt jetzt vorzugsweise die (französischen) Beobachter und hat schon eine kleine Literatur hervorgerufen. (Der Zustand selbst ist übrigens von *Braid*, *Heidenhain* u. A. m. gekannt und erwogen; am Crassesten tritt er bei den — wenn Ref. sich recht erinnert, zuerst von *Braid* erwähnten — Jumpers von Canada hervor.) Eine der lehrreichsten Schriften ist die von Prof. *Bernheim* in Nancy (De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris 1884). Durch Suggestion versetzt *B.* in Schlaf, erweckt die Individuen, ruft Transfert, Contractur, Anästhesie, Sinnesstörungen aller Art hervor. *B.* hat sich vorzugsweise an Gesunden versucht. Besonders geeignet erscheinen ihm Leute, die an Gehorsam gewöhnt sind, Dienstboten, alte Militärs und Leute aus dem Volk, — allerdings immer nur wenn sie schon zuvor hypnotisirt worden sind. *Descourtis* meint dagegen, dass es auch ohne das geschehen könne, wenn das Individuum, wie es in dem aus *Prosper Despine* citirten Criminalfall Castellan geschah, durch Gesten und Worte dem fremden Willen so vollständig unterworfen werde, dass „die Gemissbrauchte, ihrer späteren Aussage nach, nicht sprechen und nicht sich rühren konnte, dabei aber die grausamsten Qualen aushielt". Hier also, im Zustande der Captation, waren Erinnerung und Bewusstsein erhalten, was bei keiner anderen Phase des Hypnotismus der Fall ist. Auf die so-

Digitized by Google

cialen Gefahren des Hypnotismus macht *J. Liégeois*, Prof. der Juristenfacultät in Nancy, aufmerksam (De la suggestion hypnotique dans ses rapports avec le droit civil et criminel. Par. 1884). „An den Hypnotisirten könnten Verbrechen begangen werden, von denen sie beim Erwachen nicht wüssten, — durch Suggestion könne man sie zu Verbrechen und Vergehen verführen, die sie mehrere Stunden oder Tage nachher vollführen, — man könne sie verführen, falsches Zeugniss abzulegen, Fälschungen zu begehen, — Verträge jeder Art abzuschliessen, Anleihen, Schenkungen, Testamente zu machen; endlich könne die Suggestion auch den wachen Zustand beherrschen“ ... Aehnliche Dinge haben sich in der That ereignet. Man hat auch zwecks Beweisführung das Individuum, welches im wachen Zustande des mit ihm Geschehenen nicht mehr bewusst war, in somnambulen Zustand zurückversetzt und die Erinnerung wiedererweckt. (So der von *Motet* beschriebene Fall.) Das sei, nach *Descourtis*, aber nur bei natürlichem Somnambulismus möglich, — bei dem künstlichen bleibe im wachen Zustande die Erinnerung an das im Schlaf Geschehene bestehen. Das Zeugniss einer somnambulen Person sei unzuverlässig, denn nichts sei leichter, als ihr durch Suggestion aufzugeben, sowohl im wachen wie im somnambulen Zustande so und so auszusagen.

Pitres (Des suggestions hypnotiques. Bordeaux 1885) citirt dagegen, zum Beweise dass Hypnotisirte der Suggestion widerstehen können, einen Fall, wo die Betreffende aufgefordert wurde ein Geldstück zu stehlen, indess nicht zu vermögen war, es zu behalten. Er gesteht aber zu, dass ein energischer wiederholter Befehl zur Ausführung von dem Gewissen widersprechenden Handlungen veranlassen könne. Und sollte auch das fehlschlagen, so kann man durch Ueberredung, der Kranke vollführe eine edle Handlung, zum Ziele gelangen.

Paul Janet (Revue polit. et litéraire. 2° Sem. 1884) stellt für die Vorgänge bei Suggestion folgende Formeln auf: 1) Gedanken flössen Gedanken ein, 2) Bewegungen reizen zu Bewegungen, 3) Gedanken zu Bewegungen, 4) Bewegungen zu Gedanken.

Eine andere Reihe von Beobachtungen, welche die psychischen Erscheinungen bei Hypnotismus zum Gegenstande haben, beweist, dass jede Hirnhälfte einseitig zu fungiren, resp. Gedanken u. s. w. zu reproduciren vermag. Der bisher für unumstösslich gehaltene Glaube an die Einheit des Ich ist damit zerstört.

Bérillon (Hypnotisme expérimental. La dualité cérébrale et l'independance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux. Thèse. Paris 1884) hat gezeigt, dass man

1) die psychische, motorische und sensible Thätigkeit einer Hirnhemisphäre aufheben (H. cérébr. unilatéral);

2) jeder Hemisphäre einen verschiedenen Grad von Thätigkeit ertheilen (H. cérébr. bilateral); dass man

3) bei gleichem Grade der Thätigkeit doch verschiedene Aeusserungen

Digitized by Google

bezw. des Sitzes, Wesens, der Eigenschaften derselben auf jeder Seite hervorbringen kann. Letztere Kategorie der Versuche ist die interessanteste.

Sie umfasst A) in dem kataleptischen Stadium Suggestionserscheinungen, die für jede Körperhälfte verschieden sind,

B) im somnambulen Stadium Illusionen und Hallucinationen, verschieden nach Wesen und Sitz.

Folgende, der *B.*'schen Schrift entnommene Experimente mögen als erläuternde Beispiele dienen.

1. Gesichts- und Gehörstäuschungen.

Die Kranke wird durch Druck auf die Scheitelhöhe in somnambulen Zustand versetzt. Man lässt eine Spieldose verschiedene Arien spielen, man trägt Verse aus einer Tragödie vor. Die Pat. hört mit gespannter Aufmerksamkeit zu und ihre Gesichtszüge drücken die verschiedenen Gemüthsstimmungen aus. Darauf verstopft man ihr das rechte Ohr und schildert ihr vor dem linken eine ländliche Scene; sie erklärt, die Landschaft und die Personen der Schilderung zu sehen und vervollständigt die letztere nach eigener Phantasie. Während sie noch spricht, öffnet man das rechte Ohr und schildert eine blutige Jagdscene. Entsetzen malt sich auf ihrer rechten Gesichtshälfte, während die linke noch den freundlichen Ausdruck festhält. — Man ändert das Experiment dahin, dass 2 Personen gleichzeitig sprechen, der Eine gegen das linke Ohr von schönstem Wetter, der Andere gegen das rechte Ohr gewendet, vom Regen spricht; ein photographischer Apparat nimmt die Gesichtszüge der Kranken auf, die auf der linken Hälfte einen heiteren, auf der rechten einen mürrischen Ausdruck zeigen.

2. Gleichzeitig Gesichtstäuschung auf der einen, Gehörstäuschung auf der anderen Seite entsteht, indem man vor dem rechten Ohr der Kranken ein Geräusch wie von Schüssen macht, nachdem vor dem linken Ohre ein angenehmes Gemälde geschildert worden ist. Die linke Gesichtshälfte drückt noch Befriedigung aus, während schon auf der rechten der Schrecken sich darstellt.

Braid hat diese Erscheinungen gekannt und zur Unterstützung der Phrenologie verwerthet. Vergl. auch *Tamburini* e *Sepilli*, Anl. z. experim. Erforsch. d. H. Wiesb. 1882. 84.

Magnin (Etude clinique et expérimentale sur l'hypnotisme. Thèse 1884) hat die Ergebnisse der Forschungen *Dumontpallier*'s in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1) Das, was hervorbringt, hebt auch auf. (La cause qui fait, défait.)

2) Oberflächenreizung bringt in allen 3 Hauptstadien Muskelcontraction hervor.

3) Die Reihenfolge der hypnotischen Erscheinungen ist: Somnambulismus, Katalepsie, Lethargie und geht zurück von Lethargie in Katalepsie und Somnambulismus.

Satz 1 ist für die Erklärung des Transfertes von besonderer Wichtigkeit, sowohl im Wachen, als auch im künstlichen Schlafe. Bewirkt man

Digitized by Google

z. B. mittelst des Magnetes bei Hemianästhesie Transfert von links nach rechts und verrückt den Magnet nicht, so geht jene von rechts nach links, von links nach rechts u. s. w., bis zum allmäligen Erlöschen nach Entfernung des Instrumentes.

Zum Beweis, dass Bewusstsein in allen Phasen des Hypnotismus vorhanden ist, führt der Verf. Versuche an, die er selbst angestellt hat. „Befehle ich, sagt er, einem genügend empfänglichen Subject, in Lethargie zu verfallen, so geschieht es sogleich; bestimme ich, dass dasselbe dann und dann in Katalepsie oder in Lethargie mit neuromusculärer Hyperexcitation, — oder in Somnambulismus mit offenen oder geschlossenen Augen übergehen soll, so geschieht das, wie ich will — durch blosse Suggestion." Dass das nicht aus bewusster Neigung den Beobachter zu täuschen geschieht, führt er folgendes Beispiel an. „Eine Hysterische ist im kataleptischen Zustande, den einen Arm hochgehoben, den anderen am Rumpfe. Ich sage zu einem Anderen: Jetzt werde ich einen Magnet an die Seite der Kranken legen. Darauf tritt nach und nach Transfert in den Stellungen, mit seinen Schwankungen von einer Seite zur anderen ein, gerade so wie es bei wirklicher Application eines Magneten stattfindet. Hat sie uns täuschen wollen? Nein! Die Suggestion einer Erscheinung, die sie kennt, hat das bewirkt." Gleichwohl habe man sich vor Täuschungen zu hüten. „Uebrigens täuschen die Hypnotischen wie die Hysterischen öfter sich selbst, als dass sie Andere zu täuschen suchen."

Eine erschöpfende Darstellung des Hypnotismus mit vollständiger Geschichte desselben hat *J. F. Bottey* (Le magnétisme animal. Par. 1884) geliefert.

Von *Tamburini*'s und *Seppilli*'s Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus, übertragen von *M. O. Fraenkel*, ist bei *Bergmann* in Wiesbaden ein zweites Heft erschienen, in welchem mittelst physikalischer Hilfsmittel die Beziehungen der hypnotischen Zustände zu Respiration und Circulation des Näheren dargelegt und erklärt werden.

Im engen Anschluss an diese Schrift, mit Wiederholung der *Tamburini-Seppilli*'schen Experimente, handelt eine Studie von *Hans Caan* über Beziehungen zwischen Hypnotismus und cerebraler Blutfüllung (mit 3 Tafeln. Wiesbaden. Bergmann) in sehr beachtenswerther Weise. Scharfe Beobachtung, sichere Ausführung der auf den Tafeln verzeichneten physicalischen Experimente und wohldurchdachte Schlussfolgerungen verleihen dem schön ausgestatteten Schriftchen einen dauernden wissenschaftlichen Werth. Interessant sind besonders die Erweckungsversuche durch thermische Reize und deren Deutung. Dass die Hypnose auf einer aus reflectorischer Hirnrindenanämie sich entwickelnden, gegen das infracorticale Centrum fortschreitenden Hyperämie beruhe, bleibt vorläufig noch Hypothese.

Digitized by Google

2. Psychophysik. Referent: Kräpelin-Dresden.

Mehner, Zur Lehre vom Zeitsinn. — Philosophische Studien II, 4, 1885, p. 546—602.

In der hier vorliegenden ersten Abtheilung einer grösseren experimentellen Arbeit behandelt *Mehner* Versuche, welche den früher von *Estel* mit 2 Intervallen angestellten durchaus analog sind, sich jedoch durch ihre Ausdehnung und Vollständigkeit, sowie durch die grössere Routine des Beobachters vor jenen auszeichnen. Die untersuchten Intervalle erstreckten sich über Zeiträume von 0,70 bis hinauf zu 12,10 Secunden, während *Estel* nur bis zu 5 Secunden vorgeschritten war, da seine Versuchspersonen sich ausser Stande erklärten, grössere Zeitabschnitte noch einheitlich aufzufassen.

Die erste Frage, welche durch diese Versuche Angesichts der Controverse zwischen *Fechner* und *Estel* [1]) einer definitiven Beantwortung entgegengeführt werden sollte, ist die nach der Gültigkeit des von *Estel* aufgestellten Periodicitätsgesetzes. *Mehner* stellt sich in dieser Frage ganz auf den Standpunkt *Wundt*'s, indem er den „mittleren Schätzungsfehler" Δ_m, jenes Zeittheilchen, um welches wir in der Reproduction ein gegebenes Intervall zu über- oder zu unterschätzen geneigt sind, nicht als das nebensächliche Product irgendwelcher Fehlervorgänge, sondern als eine Grösse betrachtet, welche für die Beurtheilung unseres Zeitsinnes eine durchaus maassgebende Bedeutung besitzt. Dieses Δ_m ist es nämlich, dessen Studium es uns ermöglicht, ein äusserst merkwürdiges Gesetz über die Reproduction von Zeitgrössen aufzustellen, welches uns offenbar tief in das Getriebe psychologischer Beziehungen hineinführt. Durch die grosse Vollständigkeit seines Beobachtungsmaterials wird *Mehner* zunächst in den Stand gesetzt, festzustellen, dass das bisher geltende Reproductionsgesetz nur innerhalb gewisser Grenzen Gültigkeit besitzt. Während man nämlich so lange annahm, dass kleine Zeiten bis zu 0,7″ durchschnittlich zu gross, längere Zeiten dagegen zu klein geschätzt werden, konnte *Mehner* nachweisen, dass Intervalle über 5 Secunden hinaus in der Reproduction nicht mehr verkleinert, sondern wieder vergrössert werden; die Ursachen dieses wechselvollen Verhaltens sind vollständig dunkel. Da die zweite Vergrösserungsphase experimentell nur bis zu 12,10″ untersucht worden ist, erscheint es ausserordentlich wichtig (freilich auch sehr schwierig) zu constatiren, ob und wann bei noch längeren Intervallen eine weitere Aenderung in der Reproductionsrichtung eintritt. Für sehr grosse Zeiträume wissen wir ja aus der täglichen Erfahrung, dass sie in der Erinnerung sich bedeutend verkleinern, allerdings vielleicht aus ganz anderen psychologischen Gründen.

Ein besonders lebhaftes Interesse dürfen die von *Mehner* hinsichtlich des Periodicitätsgesetzes im engeren Sinne gemachten Beobachtungen in An-

[1]) Vgl. die Referate in dieser Zeitschr.

Digitized by Google

spruch nehmen. Er konnte die von *Fechner* angezweifelte Aufstellung *Estel*'s, dass der mittlere Schätzungsfehler Δ_m in regelmässigen Perioden, an den sog. Indifferenzpunkten, Minimalwerthe erreiche, im Allgemeinen vollauf bestätigen, ja diese Minimalwerthe nähern sich nach Ausweis seiner Tabellen merklich dem Nullwerthe, d. h. für ganz bestimmte Zeitintervalle, die eine Reihe von Vielfachen eines Fundamentalintervalles bilden, ist der reproducirte Werth sehr nahe gleich dem wirklichen, während er für die zwischenliegenden Zeiträume Grössen aufweist, deren Abweichung regelmässig bis zu einem Maximum ansteigt, um ebenso regelmässig bis zum nächsten Indifferenzpunkte wieder zu sinken. Als Fundamentalintervall fand *Mehner* ähnlich wie *Estel* 0,71364″. Allein, während Letzterer sämmtliche Vielfache dieser Zahl als Indifferenzpunkte betrachten zu müssen glaubte, ergibt sich aus *Mehner*'s Zahlen zur Evidenz, dass nur den ungeraden Multipla eine derartig ausgezeichnete Stellung zukommt, während die geraden Vielfachen vielmehr regelmässig maximale Werthe von Δ_m aufzuweisen haben. Eine Abweichung von der stricten Gesetzmässigkeit fand sich nur darin, dass einmal bei wiederholter Prüfung nicht 5,7″ sondern 6,0″ sich als derartige Maximalzeit herausstellte, und dass ferner bei 11,4″ (d. h. $2 \times 5{,}7''$) die Periodicität gänzlich aufzuhören schien, um einem einfachen Wachsen von Δ_m mit der Länge der untersuchten Intervalle Platz zu machen. Auch hier stehen wir vor räthselhaften, einstweilen noch jeder Erklärung spottenden Thatsachen.

Spricht schon die Enthüllung dieser eigenthümlichen Verhältnisse für die theoretische Bedeutung der Grösse Δ_m, so tritt dieselbe fast noch klarer hervor durch die weiter von *Mehner* festgestellte Thatsache, dass jedem Indifferenzpunkte, am meisten dem zweiten bei $3 \times 0{,}71$, gleichzeitig ein Maximum der Unterschiedsempfindlichkeit entspricht, allerdings nur bis zur Zeit 6,4″, dem 9fachen des Fundamentalintervalls. Bei 7,1″ sinkt die Unterschiedsempfindlichkeit wieder, um von da ab innerhalb des untersuchten Spielraums eine fast vollständige Constanz zu bewahren. *Fechner*'s Einwurf, dass die Grösse des mittleren Schätzungsfehlers über die Genauigkeit der Schätzung thatsächlich keine sichere Auskunft zu geben brauche, ist damit als experimentell widerlegt zu betrachten.

Gleichzeitig aber erhalten wir aus dem Gange der Unterschiedsempfindlichkeit wichtige Aufschlüsse über die zweite, von *Fechner* in den Vordergrund gestellte Frage nach der Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes beim Zeitsinn. Da dieses letztere eine Constanz der Unterschiedsempfindlichkeit bei verschiedener absoluter Grösse der verglichenen Werthe fordert, so kann dasselbe als zutreffend erst von dem Intervalle 7,1″ an betrachtet werden; bis dahin herrscht ausschliesslich das Periodicitätsgesetz. Der Gang der Verhältnissschwellen entspricht natürlich diesem Verhalten, doch behält die untere ihren undulirenden Verlauf etwas länger bei, als die obere.

Als eine wichtige Fehlerquelle aller bisherigen Versuche über den

Digitized by Google

Zeitsinn hat *Fechner* den Umstand bezeichnet, dass stets das erste Intervall als Hauptgrösse, das zweite als Vergleichsgrösse betrachtet werde. Soweit man diesem Uebelstande durch Variirung der ersten und Constanz der zweiten Zeitgrösse abhelfen kann, ist es von *Mehner* experimentell durchgeführt worden, doch zeigten die Resultate keine wesentliche Abweichung von den in gewöhnlicher Reihenfolge gewonnenen. Dagegen bleibt naturgemäss und unabänderlich jener Zeitfehler bestehen, der aus der Thatsache, hervorwächst, dass wir ausnahmslos das zweite Intervall am ersten messen, weil eben überall der Maassstab früher gegeben sein muss, als dasjenige, was gemessen werden soll. *Fechner* sieht in diesem Zeitfehler die Ursache für die unvollkommene Bewährung des *Weber*'schen Gesetzes auf dem Gebiete des Zeitsinnes, während er für *Wundt* direct ein werthvolles Object psychologischer Untersuchung darstellt. Ob wirklich das ganze Periodicitätsgesetz und damit die untere Abweichung des *Weber*'schen Gesetzes nur auf ihm basirt, muss indessen einstweilen noch als zweifelhaft gelten, da ja das gänzliche Verschwinden seines Einflusses bei grösseren Intervallen unter dieser Voraussetzung nicht recht erklärlich erscheint.

Dass *Mehner* einen Theil der von ihm gefundenen werthvollen Thatsachen nach *Vierordt*'s Vorgange auch mit Hülfe der Methode der mittleren Fehler nachuntersucht und in erwünschter Annäherung hat bestätigen können, vermag das Verdienst seiner Arbeit kaum zu erhöhen. Man darf seinen weiteren Mittheilungen jedenfalls mit grossem Interesse entgegensehen.

***Kraepelin*, Nachtrag zu der Arbeit über die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes bei Lichtempfindungen. — Philosophische Studien II, 4, 1885. p. 651—654.**

Zunächst wird ein Irrthum berichtigt, der sich in der bezeichneten Arbeit bei der Berechnung der Lichtintensitäten dadurch eingeschlichen hat, dass nicht auf die Abnahme des Netzhautbildes mit dem Wachsen des Abstandes zwischen Auge und beobachteter Scheibe Rücksicht genommen war. Der Spielraum der Lichtstärken erstreckt sich daher nur von 1000 auf 3,62 herab; an den wesentlichen Resultaten ändert sich dadurch nichts. Weiterhin wird an der Hand der Versuchsergebnisse eine von *Hering* aufgestellte Hypothese bekämpft. Dieser Forscher glaubte die Thatsache, dass innerhalb gewisser Grenzen das *Weber*'sche Gesetz empirische Geltung zu haben schien, auf den Umstand zurückführen zu müssen, dass durch die besonderen Einrichtungen des peripheren lichtempfindlichen Organes, speciell die Adaptation der Pupille und der Netzhaut, eine gewisse Regulirung der scheinbaren Helligkeiten der Objecte stattfinde. Dieser Einwand hatte deswegen eine gewisse Berechtigung, weil bei den bisherigen Versuchen auf jene Factoren nicht genügende Rücksicht genommen worden war. Nachdem meine Beobachtungen gezeigt haben, dass gerade dann die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes am reinsten hervortritt, wenn das Spiel der

Digitized by Google.

peripheren Mechanismen möglichst vollkommen ausgeschaltet ist, darf er indessen wohl als erledigt gelten.

v. *Tschisch*, Ueber die Zeitverhältnisse der Apperception einfacher und zusammengesetzter Vorstellungen, untersucht mit Hülfe der Complicationsmethode. — Philosophische Studien II, 4, 1885. p. 603—634.

Die bekannte Erfahrung der Astronomen, dass bei gleichzeitiger Auffassung von disparaten Sinnesreizen eine unwillkürliche Zeitverschiebung derselben gegen einander stattfindet, hat *Wundt* veranlasst, die näheren Verhältnisse dieser Erscheinungen mit Hülfe des von ihm ersonnenen Pendelapparates untersuchen zu lassen. Jener Apparat stellt im Wesentlichen ein Pendel dar, welches vor einer graduirten Scheibe schwingt und an einem beliebigen Punkte seiner Bahn mit Hülfe von elektrischen Auslösungen verschiedenartige Reize erzeugt. Die Aufgabe geht dahin, denjenigen Punkt der Scala zu bestimmen, an welchem sich das Pendel im Momente der Wahrnehmung eines oder mehrerer gleichzeitiger Reize gerade befand. *Tschisch* hat diese Versuche successive mit 1—5 Reizen angestellt, die zum Theil gleichartig, zum Theil ungleichartig waren. Die Geschwindigkeiten der Pendelbewegung konnten dabei variirt werden.

Vor Allem ergab sich das überraschende, wenn auch zum Theil schon bekannte Resultat, dass die Zeitverschiebung bei Einwirkung von bis zu 4 gleichartigen und bis zu 2 ungleichartigen Reizen eine negative ist, d. h. dass diese letzteren anscheinend früher empfunden werden, als sie thatsächlich entstehen. Erst wenn man 3 oder mehr ungleichartige Reize in Anwendung zieht, findet die Apperception derselben wirklich später statt, als ihre Auslösung. *Tschisch* weist auf die Erfahrungen von vorzeitiger Reaction bei systematischer Vorbereitung der Aufmerksamkeitsspannung durch Signale hin, einen Fall, der hier durch das rasche Vorübergleiten der Pendelstange an den einzelnen Ziffern der Scala allerdings sehr vollkommen realisirt erscheint. Ob indessen die einfache Anticipation des Reizes durch die vorauseilende Phantasie hier wirklich schon zur Erklärung des paradoxen Thatbestandes ganz ausreicht, scheint mir noch weiterer Bestätigung zu bedürfen. Wie bereits erwähnt, nimmt die Grösse der negativen Zeitverschiebung allmälig ab bis zum Nullpunkte, um dann successive immer höhere Werthe zu gewinnen, je complicirter die Aufgabe ist, welche von der Versuchsperson gelöst werden soll. Es liegt darnach nahe, die relativen Differenzen, welche die Zeitverschiebung bei den verschiedenen Versuchsanordnungen darbietet, direct als die Dauer jener Processe aufzufassen, durch deren Hinzutreten sich die schwierigeren Aufgaben von den einfacheren unterscheiden. Der einfachste, überhaupt untersuchte Vorgang ist die sog. Complication zweier einfacher disparater Vorstellungen, deren eine regelmässig durch einen Gesichtsreiz, die Pendelbewegung hervorgerufen wurde, während die zweite irgend einem anderen Sinnesgebiete

Digitized by Google

angehörte. Aehnlich wie bei den Zeitmessungen die einfache Reaction, bildet hier die einfache Complication den nicht weiter zerlegbaren Elementarvorgang, an welchen eine Reihe verwickelterer Processe angeknüpft werden kann, deren isolirte Dauer man dann durch Subtraction jenes grundlegenden Gliedes erhalten kann. Auf diese Weise wurde festgestellt, dass jedes Hinzutreten eines neuen Reizes die Zeitverschiebung in relativ geringerem Grade verändert, als dasjenige eines früheren, ferner dass der Einfluss ungleichartiger Reize, wenn sie auch ebenfalls diese Abnahme der Wirkung mit Anwachsen ihrer Zahl erkennen lassen, ein beträchtlich grösserer ist, als derjenige gleichartiger. Erst bei verhältnissmässig zahlreichen (4) Reizen beginnt dieser Unterschied, sich zu verwischen. Tastreize und elektrische Reize sind dabei als ungleichartig zu betrachten. Wie es den Anschein hat, ist demnach die Complication verschiedenartiger Reize im Allgemeinen ein länger dauernder und somit wohl schwierigerer psychischer Act, als die einfache Verschmelzung gleichartiger Vorstellungen. Den relativ geringeren Einfluss zahlreicherer Reize gegenüber demjenigen der ersten sucht *Tschisch* durch eine von vorn herein grössere Anspannung der Aufmerksamkeit im ersteren Falle zu erklären. Indessen ist dieser Grund wohl schwerlich der richtige. Ohne einer weiteren experimentellen Prüfung der Frage vorgreifen zu wollen, sollte ich meinen, dass mit der Häufung der Reize im Gegentheil den neu hinzutretenden successive immer weniger Aufmerksamkeit geschenkt werden kann, dass daher die Ablenkung dieser letzteren durch jene eine relativ immer geringere wird. Hier dürfte überhaupt ein schwacher Punkt der ganzen Versuchsanordnung liegen. *Tschisch* macht bei der Einwirkung von 4 oder 5 Reizen die Annahme, dass dieselben wirklich immer sämmtlich zu einer zusammengesetzten Vorstellung complicirt oder verschmolzen worden seien, doch scheint mir die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass dabei häufig oder bisweilen nur einzelne der Reize thatsächlich appercipirt und verarbeitet wurden.

Von Interesse ist es, dass bei grösserer Geschwindigkeit der Pendelbewegung die Zeitverschiebung abnahm, ferner dass diese letztere in dem beschleunigten Theile der Schwingung anwuchs, während das umgekehrte in der entgegengesetzten Hälfte der Fall war. Der Einfluss beider Momente war am beträchtlichsten bei geringer Zahl der Reize und nahm mit dem Steigen dieser letzteren rasch ab. Auch diese Thatsache werden von *v. Tschisch* auf die grössere Anspannung der Aufmerksamkeit mit wachsender Geschwindigkeit in der Aufeinanderfolge der Gesichtsausdrücke zurückgeführt; ich möchte indessen hier ebenfalls glauben, dass diese einfache Annahme schwerlich als hinreichende Erklärung für so verwickelte Verhältnisse, wie die vorliegenden, angesehen werden darf. Einen Begriff von der Grösse der für die einzelnen psychischen Vorgänge gefundenen Zeiten gibt die folgende Tabelle in Zehntausendtheilen einer Secunde. Es beträgt für einfache Vorstellungen die Dauer der

Digitized by Google

	Complication	Verschmelzung
erste	557	277
zweite	409	199
dritte	103	102

v. *Tschisch*, Ueber die Zeitdauer der einfachen psychischen Vorgänge bei Geisteskranken. — Neurologisches Centralblatt I, 15. Mai 1885, No. 10, p. 217—219.

Diese von *Tschisch* ausgeführten Versuche sind wohl geeignet, das Interesse der Psychiater zu erregen. Er stellte bei 3 gebildeten Kranken Beobachtungen über die Dauer der einfachen Reaction, der Wahl, der Association und des Urtheils an. Der erste Kranke war ein Paralytiker (circuläre Form) in einer Remission mit motorischen Störungen und Wechsel zwischen leicht maniakalischer und depressiver Verstimmung, der zweite ein hallucinatorisch Verrückter mit beginnender Schwäche, der dritte ein Maniacus im Uebergange von der Erregung in das Stadium reactiver Erschöpfung. Die erhaltenen Zahlen sind folgende:

Einfache Schallreaction	I.	II.	III.
a) starker Schall . .	0,080	0,120	0,070
b) schwacher Schall	0,100	0,120	0,110
Wahl	0,270	0,320	0,240
Association	0,230	1,390	0,280
Urtheil	0,290	1,890	0,350

Diese Ergebnisse sind sehr überraschend. *Tschisch* weist darauf hin, dass die einfachen und die Wahlreactionen seiner Kranken keine erheblichen Abweichungen gegenüber der Norm darbieten, dass dagegen die Associationszeiten bei 2 Kranken nur $^1/_3$ der bei Gesunden gefundenen beträgt, während sie bei dem dritten fast das Dreifache der Norm erreicht. Indem er die Annahme so bedeutender individueller Differenzen, wie mir scheint, mit Recht, bekämpft, glaubt er bei jenen beiden Kranken die psychische Schwäche für die Schnelligkeit der Associationen verantwortlich machen zu können, während er den Grund der Verlangsamung hier in dem abnormen Vorwiegen einzelner Gedanken (Wahnideen) und damit verbundener „Fesselung der Aufmerksamkeit" auffindet. Da der Autor ausführlichere Veröffentlichung verspricht, so erscheint es gerathen, eine genauere Beurtheilung seiner Resultate bis zu deren Erscheinen zu verschieben. Trotzdem kann ich nicht umhin, schon hier einige Bemerkungen an diese vorläufige Mittheilung zu knüpfen. Abgesehen davon, dass es gewagt erscheint, aus der Beobachtung von 3 einzelnen Kranken Schlüsse von derartiger Tragweite zu ziehen, wie es vom Vf. geschieht, ist vor Allem darauf aufmerksam zu machen, dass psychometrische Resultate bei Geistes-

Digitized by Google

kranken mit äusserster Vorsicht aufgenommen werden müssen, zumal wenn sie so auffallender Art sind, wie die vorliegenden. Schon die einfachen Reactionen stimmen weder mit den bei Gesunden, noch mit den von anderen Beobachtern bei Kranken gefundenen Zahlen überein. Die Durchschnittsdauer der Reaction auf Schallreize bei Gesunden beträgt nicht 0,1", wie Vf. angibt, sondern sie schwankt, wie *Tischer* gefunden hat, von 0,107—0,143; ich selbst habe bei einzelnen Personen noch weit höhere Durchschnittswerthe, bis über 0,2" constatirt. Ueberall handelte es sich hier um Personen, die sich z. Th. schon Jahre lang mit derartigen Untersuchungen beschäftigt hatten und eine ausgezeichnete Constanz der Reactionen besassen. *Buccola*, bekanntlich ein ausgezeichneter Beobachter, fand die Reactionszeit eines Paralytikers auf Gehörsreize = 0,189; bei einer Reihe von anderen Schwachsinnigen und Verrückten schwankten die Zahlen zwischen 0,159 und 0,506 (!). Auch für Lichtreize konnte er bei 9 anderen Kranken (Erregungszustände und Melancholien) regelmässig entweder normale oder verlängerte, niemals aber verkürzte Reactionszeiten nachweisen. Die Dauer der Wahlreaction stellte *Tischer* für Gehörsreize auf 0,293—0,351 fest; meine eigenen Versuche ergeben Zahlen zwischen 0,244—0,318. Die Associationszeit wurde von *Trautscholdt* auf 0,706—0,874 bestimmt, von mir später, wahrscheinlich wegen grösserer Versuchsübung, auf 0,400—0,570; schwierige Subsumtionen nahmen 0,750—0,775 in Anspruch. Uebrigens zeigen die einzelnen Arten der Associationen und namentlich der Urtheile naturgemäss so bedeutende Differenzen unter einander, dass derartige Durchschnittszahlen nur einen sehr bedingten Werth besitzen. Hält man diese Ergebnisse mit denen des Vf.'s zusammen, so liegt der Gedanke sehr nahe, dass nur der zweite seiner Patienten richtig, und zwar äusserst langsam, reagirt hat. In den beiden anderen Fällen dürfte *v. Tschisch* der bekannten Fehlerquelle vorzeitiger Reactionen kaum entgangen sein. Wenn zwei so geübte Experimentatoren, wie *Trautscholdt* und *Tischer*, unter dem Einflusse kleiner Alkoholgaben, ohne sich dessen bewusst zu werden, massenhafte vorzeitige Reactionen lieferten, so wird man der Erklärung der verblüffend kurzen Reactionen und Associationszeiten bei den Kranken I. und III. durch verfrühte Auslösung der Reactionsbewegung vor vollständigem Ablaufe des untersuchten psychischen Processes kaum entgehen können. Vor Allem wichtig ist für diese Vermuthung die Thatsache, dass die einzige Reactionsform, bei welcher jene Fehlerquelle absolut ausgeschlossen ist, die Wahlreaction, bei allen 3 Kranken Zahlen ergeben hat, welche vollständig in die Breite der Beobachtungsresultate am normalen Menschen fallen. Die entfernte Möglichkeit, dass des Vf.'s Beobachtungen dennoch vielleicht wirkliche pathologische Verhältnisse wiederspiegeln, soll durch diese Erwägungen natürlich nicht ausgeschlossen werden; hoffentlich gibt uns die ausführlichere Veröffentlichung das Material zu einem entscheidenden Urtheile an die Hand.

Einwände ähnlicher Art lassen sich gegen eine zweite Arbeit gelt

Digitized by Google

machen, welche sich ebenfalls mit der Reactionszeit Geisteskranker, speciell von verrückten Gehörshallucinanten, beschäftigt. Als Reize dienten auch hier Gehörseindrücke.

Guicciardi und *Tanzi*, Die Reactionszeit bei verrückten Gehörshallucinanten — Rivista sperimentale di freniatria X, 4, p. 357—385.

Was an dieser Arbeit zunächst auffällt, ist die eigenthümliche Berechnung der Resultate. Die Vff. bilden nämlich aus je 50 Beobachtungen zwei Gruppen, von denen die eine die 10 kleinsten, die andere die 40 grössten Werthe enthält. Die erstere dieser Gruppen betrachten sie, trotz der geringen Zahl von Beobachtungen, welche sie enthält, als die wichtigere und maassgebendere, weil sie bei maximaler Aufmerksamkeitsspannung gewonnen und somit von den störenden Schwankungen dieses Factors am freiesten ist. Diese Ueberlegung, welche den Minimalwerth als den einzig richtigen betrachtet, hat ohne Zweifel in der Theorie Vieles für sich, aber sie wird practisch unbrauchbar durch die Thatsache der vorzeitigen Reactionen. Diese letzteren sind den Vff. thatsächlich wohl bekannt, aber sie glauben sich vor ihnen schützen zu können durch die Erwägung, dass die durch jene Fehlerquelle beeinflussten Zahlen den Stempel der „Unwahrscheinlichkeit" tragen und demnach leicht als solche erkannt und beseitigt werden können. Das ist indessen nur zum Theil richtig. Die vorzeitige Reaction kann selbstverständlich Zahlen von sehr verschiedener Grösse bis unmittelbar zur wirklichen Reactionszeit heran liefern, und es ist daher nicht ohne Weiteres zu erkennen, ob und inwieweit ein Beobachtungswerth durch dieselbe beeinflusst ist. Je nach der individuell sehr verschiedenen, grösseren oder geringeren Neigung zu derartigen verfrühten Reactionen wird sich demnach das Mittel der Minimalgruppe gegenüber den wirklichen Verhältnissen mehr oder weniger weit nach abwärts verschieben. Mit anderen Worten, die Berechnung einer Minimalgruppe, ist, wenigstens bei der Untersuchung einfacher Reactionen und der analogen Formen practisch unverwerthbar. Brauchbare Resultate sind nur auf ganz anderem, hier nicht näher anzugebendem Wege zu erlangen. Zahlen von 0,062, 0,068, 0,072 u. s. f., wie sie von den Vff. mit in Rechnung gezogen worden sind, stehe ich nicht an, auf Grund von ausgedehnten eigenen Untersuchungen als durchaus fehlerhafte zu bezeichnen.

Allein es muss zugegeben werden, dass die von ihnen erhaltenen Resultate, da sie nach derselben Methode berechnet wurden, wenigstens unter einander annähernd als vergleichbar gelten dürfen. Die Mittelwerthe aus den an 10 Gesunden und 14 Kranken gewonnenen Beobachtungen sind in Tausendstel Secunden folgende:

	Minimalgruppen	Maximalgruppen	Gesammtmittel	Minimum	Maximum	Spielraum
Gesunde	101,2 ± 3,3	125,9 ± 13,2	113,5	88,5	173,1	84,6
Kranke	94,7 ± 4,6	140,3 ± 20,6	117,5	80,23	228,7	146,1

Digitized by Google

Die Minimalgruppe, also nach Ansicht der Vff. das Mittel der bei grösster Anspannung der Aufmerksamkeit gewonnenen Zahlen ist bei Kranken etwas geringer als bei Gesunden. Will man aus dieser kleinen Differenz überhaupt etwas schliessen, so wäre es die grössere Häufigkeit vorzeitiger Reactionen bei ersteren. Die Vff. sehen in ihr den Ausdruck einer grösseren Empfänglichkeit für die Auffassung erwarteter, vorher gekannter Reize. Diese Anschauung würde natürlich das Auftreten vorzeitiger Reactionen in vortrefflichster Weise erklären. Gerade bei Hallucinanten kann man ja, wie die Vff. anführen, auf Grund klinischer Erfahrungen annehmen, dass die Neigung zu centrifugaler Erregung der Sinnescentren, zur Reperception, in erhöhtem Maasse vorhanden sei. Trotz dieser Beschleunigung der Auffassung bis zur zeitweise verfrühten Reaction ist doch das Gesammtmittel der Zahlen bei den Kranken ein höheres. Der Grund für dieses Verhalten geht deutlich aus der Betrachtung des Spielraums zwischen Minimum und Maximum, sowie der mittleren Schwankungen bei der Maximalgruppe hervor. *Buccola*'s Beobachtung, dass bei Geisteskranken vor Allem eine weit grössere Variabilität in der Aufmerksamkeitsspannung besteht, findet hier eine volle und durchgehende Bestätigung, obgleich die Vff. selbst diesen Punkt nur als nebensächlich behandeln. Die weiteren Ausführungen derselben hängen mit den Versuchsresultaten nur locker zusammen. Dass diese Ergebnisse verhältnissmässig dürftige sind, darf uns nicht befremden; man wird kaum erwarten können, dass schon die allerelementarsten Vorgänge bei den für das Experiment überhaupt zugänglichen Kranken durchgreifende Veränderungen aufzuweisen haben. Erst das Vordringen in die höheren psychischen Functionen kann uns reichere Ausbeute bringen, aber nur dann, wenn wir mit einer genauen Kenntniss der normalen Verhältnisse und vor Allem der Fehlerquellen solcher Beobachtungen ausgerüstet an sie herantreten.

***Cattell*, Ueber die Zeit der Erkennung und Benennung von Schriftzeichen, Bildern und Farben. — Philosophische Studien II, 4, 1885, p. 635—650.**

Die sinnreiche und einfache Methode, welcher sich *Cattell* bediente, weicht von dem gebräuchlichen Verfahren dadurch ab, dass er nicht isolirte Vorgänge, sondern ganze Gruppen aufeinanderfolgender, gleichartiger psychischer Processe untersuchte, um dann aus der Gesammtzeit die Dauer der einzelnen Componenten zu berechnen. Auf diese Weise gedachte er namentlich die Versuchsbedingungen den Verhältnissen des gewöhnlichen Lebens mehr anzupassen. Zunächst bestimmte er die Maximalgeschwindigkeit einer rotirenden, mit Schriftzeichen beklebten Trommel, bei welcher durch einen Spalt von verschiedener Weite jeweils noch eine grössere Anzahl von Buchstaben richtig gelesen werden konnte. Je enger der Spalt war, desto geringer fiel jene Geschwindigkeit aus, desto mehr Zeit nahm die Erkennung und das Aussprechen des einzelnen Buchstaben in Anspruch. Bei grösserer Spaltweite trat dagegen eine zunehmende Beschleunigung des Vorganges

Digitized by Google

ein, vor Allem deswegen, weil eine theilweise zeitliche Deckung der Unterscheidung des Zeichens und der Wahl der Sprachbewegung stattfand. Die Auffassung eilte bereits bis zum nächsten Buchstaben voraus, während der mehr mechanische Vorgang der sprachlichen Coordination noch im Ablaufen begriffen war. Allein diese Verkürzung der Zeitdauer fand natürlich ihre Grenze, sobald die Verbreiterung des Spaltes über ein gewisses Maass hinausging. Bei zwei Personen lag diese Grenze dort, wo 3, bei dreien, wo 4, und bei einem, wo 5 Buchstaben gleichzeitig durch den Spalt sichtbar waren. Die einzelnen Individuen waren demnach im Stande, neben der geraden appercipirten Vorstellung noch 2, 3 oder 4 andere zu percipiren, deren successive Erfassung durch die Aufmerksamkeit dadurch natürlich erleichtert und beschleunigt wurde. War dieser Punkt und mit ihm die Grenzen der individuellen Leistungsfähigkeit einmal erreicht, so blieb jede weitere Verbreiterung des Spaltes einflusslos. Die Zeiten für die einzelnen Beobachter schwankten zwischen 145 und 274 (tausendstel Secunden); der Durchschnittswerth betrug 198. Die Zählung von Buchstaben ging beträchtlich langsamer vor sich, als das Lesen (Mittelwerth 283), doch liess sich dieser Vorgang sehr beschleunigen, wenn die Buchstaben in Gruppen von 2 oder noch besser von 3 zusammengefasst wurden.

In einer zweiten Reihe von Versuchen wurde die Zeit bestimmt, welche durch das zusammenhängende oder unzusammenhängende Lesen grösserer Gruppen von Wörtern, sowie das Buchstabiren in verschiedenen Sprachen erfordert wird. Dabei ergab sich die sehr plausible Thatsache, dass die Schnelligkeit des sinnvollen Lesens in engster Abhängigkeit von unserer Vertrautheit mit der betreffenden Sprache steht, so dass schon durch diese ganz einfache Untersuchung ein sehr zuverlässiges Maass für unsere Sprachkenntniss gewonnen werden kann. Das Gleiche gilt, wenn auch in geringerem Grade, für die Zeit, die wir zum Buchstabiren sinnvoller Wörter brauchen. Die uns als solche erscheinende normale Lesegeschwindigkeit ändert sich ohne unser Wissen mit unserer grösseren oder geringeren Kenntniss einer Sprache; daher „die bekannte Thatsache, dass es uns scheint, als sprächen Fremde viel schneller als wir".

Doppelt so langsam wie das Lesen oder Buchstabiren sinnvollen, ging dasjenige sinnlosen Materials vor sich; zugleich verlor sich dabei die Differenz zwischen den einzelnen Sprachen mehr und mehr. Buchstaben wurden nur wenig schneller appercipirt als sinnlose Wörter. Ein verkürzender Einfluss der Uebung war deutlich nachweisbar, ebenso eine Verlangsamung durch die Ermüdung. Die weiblichen Versuchspersonen lasen etwas schneller als die männlichen.

Endlich wurden noch Versuche über die Dauer des Erkennens von Farben und einfachen Bildern angestellt. Die Zeit bis zum Aussprechen des betreffenden Namens betrug bei beiden Kategorien von Experimenten ungefähr das Doppelte der für Auffassung und Benennung von Buchstaben oder Wörtern nothwendigen. Da durch anderweitige Versuche festgestellt wurde, dass diese Verlängerung der Zeit nicht auf den Act des

Digitized by Google

Erkennens, sondern auf denjenigen der Wahl der passenden Ausdrucksbewegung zurückzuführen ist, so geht aus diesen Beobachtungen eclatant hervor, dass die Verbindung zwischen Schriftzeichen und Sprachlaut auch psychophysisch eine weit innigere ist, als jene zwischen einer Farbe, einem beliebigen Gesichtsbilde und dessen sprachlicher Bezeichnung.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie. Referent: v. Krafft-Ebing-Graz.

Schaefer, Der Gerichtsarzt und die freie Willensbestimmung. — ***Eulenburg's*** Vierteljahrsschrift f. ger. Medicin. 42. Bd. 1. Heft.

Verf. plädirt dafür, dass der Gerichtsarzt nicht blos über vorhandene Störung der Geistesthätigkeit, sondern auch über ihre eventuelle psychologische Consequenz, die ausgeschlossene freie Willensbestimmung sein Gutachten abzugeben berufen sei. Jedenfalls sei er als Sachverständiger berufener dazu als der Richter, denn dieser ist Laie und die Wirkung der Geistesstörung auf die Willensbestimmung ist selbst noch eine besondere pathologische Function. Mit der einfachen Constatirung geistiger Störung ist dem Richter nicht gedient, denn es gibt genug geistig abnorme Zustände, die die freie Willensbestimmung nicht geradezu ausschliessen. Practisch lasse es sich auch gar nicht vermeiden, dass der Arzt in seiner Relation thatsächlich die Frage des Willens zur That berühre. (Nach der Meinung des Ref. genügt es, wenn ärztlich Umfang und Art der psychischen Functionsstörungen mit specieller Beziehung auf Freiheit der Unterscheidung und der Selbstbestimmung vollkommen klargelegt werden. Dann kann es dem Richter nicht schwer fallen, die Frage der Willensfreiheit zu entscheiden und der principielle Competenzstandpunkt bleibt gewahrt.)

Bell, Sollen die irrsinnigen Mörder gehängt werden? — The medico-legal Journal.

Es haben sich neuerdings gewichtige Stimmen dafür ausgesprochen, dass aus Utilitätsgründen der geisteskranke Mörder keine grössere Schonung verdiene als der geistesgesunde, denn jener sei eminent gemeingefährlich und vielfach sich vollkommen der Bedeutung seiner That bewusst. Die ganze alte und neue Gesetzgebung widerspricht dieser Anschauung. In England und Amerika kommt es vor, dass Mörder, die ärztlich als Irrsinnige ausgewiesen sind, hingerichtet werden, da man erkennt, dass sie Unterscheidungsvermögen besassen. Die bezügliche Gesetzgebung schreibt vor, dass ein irrsinnig befundener Gefangener der Pflege eines Asyls theilhaftig werden soll. Das Pensylvanische Gesetz kennt weder diese Ver-

Digitized by Google

pflichtung, noch die einer gerichtsärztlichen Feststellung eines zweifelhaften Geisteszustands. So begreift sich die scandalöse Verurtheilung und Hinrichtung eines irrsinnigen Mörders seiner Frau, eines gewissen Dr. *Beach*.

Verf. gibt Auszüge aus dem Process. *Beach*, aus einer Familie von Irren und Idioten, seit der Pubertät häufig Anfällen von Irrsinn unterworfen, hatte ganz motivlos seiner Frau den Hals abgeschnitten in einem Zustand von Bewusstlosigkeit bei vorausgehenden und nachfolgenden Symptomen geistiger Störung. Gleichwohl hielt ihn das Volk für zurechnungsfähig und wollte ein Opfer haben.

Tanzi, Kritische Revue über moralisches Irresein und geborene Verbrecher. — Rivista sperimentale X. Jahrg. 4. Heft.

Mangel ab origine und Unerweckbarkeit ethischer Gefühle und Vorstellungen sind nach Verf. die Grunderscheinungen des sog. moralischen Irreseins. Diese Anomalie soll isolirt bestehen können, ohne gleichzeitigen intellectuellen Defect. Es gebe Schwachsinnige mit hochentwickeltem moralischen Sinn und Vollsinnige (z. B. Baco v. Verulam) mit sehr kümmerlichem. Verf. ist geneigt, den angeborenen Verbrecher (*Lombroso*'s) mit dem moralisch Irrsinnigen zusammenzuwerfen. Die aufgestellten differentiell diagnostischen Kriterien (Heredität, anatomische und functionelle Degenerationszeichen u. s. w.) fänden sich ja auch bei den angeborenen Verbrechern vor. (Von einer Trennung solcher je nach Defect der Erziehung und der Organisation ist nirgends die Rede.) Verf. bestreitet die Bedeutung des moralischen Irreseins als einer geistigen Störung. Es sei blos eine Charakteranomalie auf neurotisch-degenerativer Grundlage und hebe die Zurechnungsfähigkeit keineswegs auf.

Moralisch Irre und geborene Verbrecher sind beide atavistische Erscheinungen, neurotische Entartungen.

Das moralische Irresein stellt nur eine constitutionelle Anomalie des Charakters von hereditärem Ursprung und moralischem Gepräge dar. Es findet sich in Verbindung mit anderweitigen Erscheinungen anthropologischer Degeneration, aber es geht nicht nothwendig mit intellectuellen Functionsstörungen einher und muss deshalb von dem wahren Iresein geschieden werden.

Zur Irrengesetzgebung. — British medical Journal. No. 1255.

Glossen de lege lata et ferenda. Das gegenwärtige Gesetz sei ungenügend für den Schutz vor ungerechtfertigter Internirung in Irrenhäusern und biete nicht genug Garantien bezüglich der Aufsicht über die Privatanstalten — eine stehende Klage der englischen Gesellschaft.

In den Nummern vom 4. April und 9. Mai 1885 desselben Blattes wurden die vorgeschlagenen Reformen kritisirt und in denen vom 28. Febr., vom 14. März und 6. Juni Gerichtsfälle besprochen, in welchen die gesetzlichen Vorschriften bezüglich der Aufnahme in Irrenanstalten von Aerzten und

Digitized by Google

Behörden mangelhaft erfüllt wurden und erstere trotz constatirtem Irrsinn zu namhaften Entschädigungen (bis zu 250 L. St.) der klageführenden Kranken verurtheilt wurden!

Dr. *Parant*, Ueber die Möglichkeit der Entwicklung wirklicher Geistesstörung bei Simulanten. — Annal. médico-psychol. No. 1.

In den Lehrbüchern (*Tardieu, Legrand du Saulle, Laurent* u. s. w.) liest man allgemein, dass die Anstrengung des Simulanten in der Durchführung seiner Rolle häufig zu Geistesstörung führe und Simulanten, die von der Simulation abstanden, versicherten vielfach, ihr Zustand sei fürchterlich und das Gefühl, wenn es noch lange so fortgehe, irrsinnig zu werden, immer mächtiger geworden. Verf. weiss aber nur 2 Fälle von Irrsinn aus Simulation in der ganzen französischen Literatur aufzutreiben. Sie betrafen 2 Matrosen. Diesen stehen gegenüber unzählige Fälle, in welchen selbst jahrelange Simulation die geistigen Fähigkeiten nicht geschädigt hat. Verf. läugnet nicht diese Möglichkeit, aber er bezeichnet derartige Fälle mit Recht als sehr selten. Es ist dies um so auffallender, weil nach allgemeiner Annahme die Simulation in der Regel bei belasteten Menschen vorkommen soll.

Verf. knüpft diese Bemerkungen an einen Fall, in welchem ein Simulant verurtheilt war und der Vertheidiger behauptet hatte, er sei inzwischen in Folge der Simulation geisteskrank geworden. Die angestellte Expertise erwies das Gegentheil.

v. *Krafft*, Die conträre Sexualempfindung vor dem Forum. — Jahrbücher f. Psychiatrie. VI. H. 1.

Allgemeine Bemerkungen. Zusammenstellung der bisher wissenschaftlich beobachteten (37) Fälle. Mittheilung von Autobiographien zweier mit conträrer Sexualempfindung behafteten Männern.

***Pelman*, Gerichtsärztliche Gutachten. — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Medicin. Heft 3. 4.**

I. Mord der Ehefrau. Mania transitoria.

Fabrikarbeiter Fr. hat am Abend des 1. Juli 1883 um 7 Uhr bei der Heimkehr sofort seiner Frau vor Zeugen den Schädel mit einem Stuhlbein, dann mit einem Spaten zertrümmert und überdies die Leiche durch unzählige Stiche und Schnitte mit 3 Messern zerfleischt. Die herbeigeeilten Leute fanden Fr. in tiefem Schlaf, den blutenden Leichnam mit einem Arm umschlungen haltend, in der anderen ein blutiges Messer. Man entreisst ihm die Leiche, wäscht, kleidet ihn um. Er erwacht nicht. Gegen Morgen erwacht er, wundert sich im Gefängniss zu sein, meint, er habe wohl Skandal gemacht, schläft dann wieder ein. Völlige Amnesie für alle Vorkommnisse von 4 Uhr Nachmittags an. Am Morgen des 1. Juli hatte Fr.

Digitized by Google

gearbeitet, dann mit seiner Frau das Mittagessen eingenommen, von 2 bis gegen 4 Uhr mit einem Kameraden gezecht (Bier und Branntwein) und von diesem die Versicherung erhalten, dass seine Frau ihm untreu sei, was er übrigens schon längst wusste.

Von dem Moment ab, wo er sich von dem Kameraden trennte, bis zu dem, wo er im Gefängniss zu sich kam, besteht eine vollständige Lücke in der Continuität seines Bewusstseins. Thatsächlich war er gegen 4 Uhr daheim, benahm sich dort sonderbar, erschien angetrunken und ärgerlich. Um 5 Uhr war er bei der Arbeit, erschien angetrunken, weil er wackelte, sprach aber ganz vernünftig. Auf dem Heimweg, vor 7 Uhr, erscheint er aufgeregt, auffallend, ohne Kopfbedeckung. Eine Bekannte fragt ihn, was ihm sei, worauf Fr. an die Brust schlägt und sagt, „hier sitzt etwas, was ich Niemand sagen kann". Die Frau hält ihn für angetrunken, macht ihm Vorwürfe, da ruft er, „was geht das Dich an" und stürzt sich wüthend auf sie. Er tobt nun fürchterlich, schlägt planlos mit der Schippe hin und her, gibt auf Anrufen keine Antwort. Während er im Schlaf bewusstlos war, zuckte er mit Armen und Beinen, „als ob er am Verenden sei" und knirschte mit den Zähnen. Während der That kam es nur zu unarticulirtem Schreien und Brüllen. Am Morgen nach dem Erwachen fühlte sich Fr. wie zerschlagen und meinte, er hätte mit dem Zuhälter seiner Frau wohl eine Prügelei gehabt und sei deshalb eingesperrt.

Fr. war kein Trinker, hatte mit der Frau nicht in Unfrieden gelebt. Er war vor- und nachher geistig völlig gesund. Er will von jeher gegen Alkohol besonders empfindlich gewesen sein. In letzter Zeit habe er sich sehr über die Untreue seiner Frau gegrämt, mit bösen Plänen gegen deren Verführer getragen und deshalb schlaflose Nächte gehabt. Auch habe er früher viel an Kopfschmerzen gelitten, sei zu Congestionen disponirt gewesen und habe gelegentlich bei der Arbeit Schwindelanfälle gehabt.

Das Gutachten nimmt an, dass dieser Fall von Mania transitoria bei einem zu Congestionen disponirten Individuum durch Alkoholgenuss und heftige Gemüthsbewegungen entstanden war.

II. Brandstiftung auf Anstiften eines Dritten. Geistige Beschränktheit des zudem zu Geistesstörungen veranlagten Thäters.

III. Testamentarische Verfügung im Zustand des Altersschwachsinns. Nahezu völlige Taubheit und Erblindung. Widersprechende Gutachten. Obergutachten.

A., 85 J., hat am 12. Dec. zu Gunsten der Angehörigen der Frau ein Testament errichtet. Dieses wurde angefochten und ein Antrag auf Entmündigung eingebracht. A. bietet seit 5 Jahren Erscheinungen fortschreitender seniler Geistesschwäche (Aenderung des Charakters, kindisches, schwachsinniges Wesen). Bei der Exploration ist er nach jeder Richtung schwachsinnig, vermag die Eindrücke der Jüngstvergangenheit nicht festzuhalten und erweist sich als das willenlose Werkzeug seiner Umgebung, die die intellectuelle Urheberin des Testaments war.

Digitized by Google

IV. Selbstanklage eines Trinkers in angeblich bewusstlosem Zustande. Verurtheilung. Wiederaufnahme des Processes.

Am 1. Jan. 1878 hatte F. über einen am 11. Nov. 1877 vorgefallenen Todschlag ganz bestimmte und ihn schwer gravirende Aussagen gemacht. Er widerrief sie am 3. Jan., wurde jedoch am 8. Aug. 1878 zu 15 Jahren Zuchthaus verurtheilt. Bald danach legte ein gewisser J. ein offenes Geständniss ab, wonach er die angeschuldigte Handlung allein begangen hätte. F. erreichte 1882 die Wiederaufnahme des Processes. Psychiatrisch kam in Betracht die Glaubwürdigkeit seiner Geständnisse vom Jan. 1878.

F., ein Bummler und Trinker, war zur Zeit des Geständnisses in Folge vielen Trinkens in einen trunkfälligen, jedenfalls psychisch abnormen Zustand. Er hatte seine Geständnisse dem ersten besten, der ihm in den Weg kam, gemacht; er war, verhaftet, in Schlaf verfallen und hatte, erwacht, nichts mehr von seiner Selbstdenunciation gewusst und gegen seine Thäterschaft protestirt.

Das Gutachten führt aus, dass die Selbstdenunciation höchst wahrscheinlich die Ausgeburt einer krankhaften Phantasie während eines durch Trunk entstandenen unfreien Geisteszustands war. Freisprechung.

V. Beantragte Aufhebung der Entmündigung.

Langjährige Paranoia. Nachweis, dass der zur Zeit der Entmündigung bestehende Krankheitszustand unverändert fortbestehe.

VI. Intermittirende Geistesstörung. Angezweifelter Schenkungsact.

Die B. starb Juni 1881 im Alter von 70 Jahren. Am 8. Dec. 1878 hatte sie einen notariellen Schenkungsact gemacht. Dieser Act wurde angefochten wegen angeblicher Geistesstörung. Die Zeugenaussagen diesbezüglich sind einander sehr widersprechend. Thatsächlich war die B. Mitte der 60er Jahre geisteskrank gewesen. 2 Dienstboten schilderten ihren Zustand zur Zeit des Acts wie Altersblödsinn. Der Notar, der Arzt, Nachbarn, Kaufleute, Handwerker fanden sie damals vernünftig, verständig.

Das Gutachten erklärt diese Widersprüche damit, dass der geistige Zustand wechselte und kann den Nachweis nicht als geliefert betrachten, dass die B. zur Zeit des Actes unzurechnungsfähig gewesen sei.

Giraud, Gerichtl. med. Revue. — Annales médico-psychol. No. 1.

Die Revue umfasst Fälle von Sittlichkeitsvergehen, begangen von geistig Gestörten.

1. H., 17 J., imbecill, hat ein kleines Mädchen in einer Scheune mit Nüssen beschenkt, darauf dessen Genitalien entblösst, ihm die seinigen gezeigt und dann auf dem Abdomen des Kindes Coitusbewegungen ausgeführt. Der sittlich rechtlichen Bedeutung seiner Handlung war sich H. nicht bewusst. Er meinte nur, indem er seine That offen bekannte, es sei dumm von ihm gewesen, sich mit dem Kind zu „amüsiren". Versetzung in Irrenanstalt.

2. 21 J., imbecill, körperlich zurückgeblieben und mit mannigfachen

Digitized by Google

Degenerationszeichen behaftet, hütet das Vieh auf dem Feld, als seine Schwester E., 11 J. alt, und deren 8jährige Gespielin B. zu ihm kommen und ihm mit Details erzählen, wie gerade ein Unbekannter unterwegs unzüchtige Attentate an ihnen begangen hat. L. führt sofort die Mädchen in ein nahes unbewohntes Häuschen, legt die B. auf den Rücken, hockt sich über sie, versucht Coitus, lässt aber davon ab, da die Immissio penis nicht gelingt und das Kind schreit. Auf dem Heimweg verspricht er ihm es zu heirathen unter der Bedingung, dass es den Eltern nichts sage.

L. ist sich der Schwere seiner Handlung nicht bewusst. Er motivirt sie damit, dass das Beispiel des Fremden und der Bericht der Kinder ihn zur Nachahmung gereizt habe. Er meinte durch eine spätere Heirath der B. könne er sein Unrecht gut machen. L. wurde der Irrenanstalt übergeben.

3. G., 21 J., imbecill, war schon 2 mal wegen Diebstahl bestraft und dann bis zu 20 J. in eine Correctionsanstalt verhalten worden. Entlassen hatte er einen Angriff auf einen 12jährigen Knaben gemacht, um ihn zu päderastiren, später einen anderen Versuch, endlich mehreren kleinen Mädchen unzüchtige Propositionen gemacht, bis er eines ernstlich attaquirte.

G. ist mikrocephal, bald activer, bald passiver Päderast, Onanist. Seit dem 6. Jahre hatten sich seine perversen Instincte entwickelt. Von moralischem Sinn fand sich keine Spur. Seine sexuellen Gelüste kamen zeitweise und brunstartig, wie bei einem Thier. Keine Verurtheilung. Irrenanstalt.

4. Idiot, 19 J., wurde über unzüchtigem Attentat an einem 5jährigen Mädchen betreten. Er bot ein trauriges Beispiel psychischer, intellectueller und moralischer Verkümmerung, hatte keinen Begriff von der Bedeutung seiner That, hatte herumvagabondirt und schon 2 mal eine Kirche zu bestehlen versucht. Irrenanstalt.

5. B., 21 J., imbecill, Steinbrucharbeiter, war eines Tages mit seiner 19 J. alten Schwester im Wald. Da verlangte er von ihr Gestattung des Coitus, drohte mit Erwürgen, wenn sie sich weigere. Als sie es gleichwohl that, stach er sie mit dem Messer, rang mit ihr und war nahe daran sie zu besiegen, als das geängstigte Mädchen ihn am Penis ergriff und riss, worauf er von ihr abliess und an seine Arbeit im nahen Steinbruch zurückkehrte.

B.'s ganze Familie ist schwachsinnig und degenerativ. B. war beim Militär gewesen, aber alsbald desertirt und dann wegen Idiotie aus dem Militärverband entlassen worden. B. hat einen mikrocephalen, difformen Schädel. Für seine irrsinnige That hat er kein Verständniss. B. kam in's Irrenhaus.

6. L., 43 J., an religiöser Paranoia leidend, begeht, zeitweise erotisch erregt, unsittliche Attentate an kleinen Mädchen, indem er sie entblösst, Coitusbewegungen macht, ohne jedoch die eigenen Genitalien zu entblössen. Unter Versprechungen von Leckereien hatte er jeweils die Kinder zu sich gelockt. Versetzung in's Irrenhaus.

Digitized by Google

7. C., 27 J., Bäcker, seit 7 J. verheirathet, erblich veranlagt, geistig geschwächt durch Debauchen, Alkohol und Syphilis, pflegte des Wegs daher kommende Schulmädchen in seine Equipage einsteigen zu lassen. Wiederholt hatte er die Kinder auf seinen Schooss gesetzt und von hinten Unzucht mit ihnen getrieben. Sein Gedächtniss und moralischer Sinn waren sehr defect. Die Sachverständigen wiesen auf mildernde Umstände hin; die Jury sprach frei.

8. C., Priester von 1846—1871, hatte von 1877 an häufig und unter identischen Umständen kleinen Mädchen unter die Röcke gegriffen, um sich Erection und Ejaculation zu verschaffen. Er entging der Verhaftung durch Flucht, stellte sich aber 1880 selbst dem Gericht.

C. gilt als geistig schwach, hatte 1872 einen Anfall geistiger Störung gehabt, der seine geistige Schwäche steigerte, sodass die Spendung der Sakramente ihm nicht mehr gestattet werden konnte. Er scheint überdies ein belasteter Mensch zu sein, hatte grosses sexuelles Bedürfniss, das er durch Onanie befriedigte. Keine Verurtheilung. Irrenhaus.

9. J., ein körperlich degenerativer, intellectuell und defectiver Mensch, gilt als Sodomiter, ist angeklagt, Kindern die Genitalien gezeigt und ihnen in Gesicht und auf den Lippen herumgewezt zu haben. Er behauptet Amnesie für die incrim. Handlungen. Diese erweist sich aber als erlogen. Die Expertise macht mildernde Umstäude geltend. Die Jury sprach frei.

10. B., gewesener Geistlicher, hat Unzucht mit Knaben und einem Mädchen getrieben. Er machte unwiderstehlichen Antrieb als Entschuldigung geltend, aber die Expertise erwies geistige Gesundheit und einfache Immoralität. Verurtheilung zu 8 J. Zuchthaus.

***Zierl*, Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen. — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Medicin. No. 1.**

Verbrechen des Mordes und Raubes. Vor 4 Jahren Stichverletzung in die linke Brustseite. Reflexpsychose von epileptischem Charakter (stuporöse und Dämmerzustände).

Am 20. Febr. 1881 wurde Morgens 5 Uhr Brauknecht B. ermordet in seinem Bett gefunden (rechte Schädelhälfte zertrümmert, auf rechter Gesichtshälfte 16 Stichwunden, am Hals 1 Schnittwunde, an der Brust 7 Stichwunden). Bei der Leiche lag ein blutiger Prügel, auf einem Tisch ein blutiges Messer. Der Koffer des Todten stand offen und war durchwühlt. Verdächtig des Mordes erschien der 30 J. alte Taglöhner R. Dieser war bei B. gewesen, hatte den Mord zuerst entdeckt, Blutflecken an Kleidern und Stiefeln und erschien bei der Verhaftung betroffen, erschrocken. Am 21. fand man ein Päckchen mit Geld, in ein Taschentuch geschlagen, im Boden des Hofes verscharrt, wobei ein Zipfel des Tuchs hervorstand.

Im ersten Verhör behauptete R. Unschuld und Alibi, im zweiten (22. Febr.) gestand er die That und erklärte sie als Raubmord, mit einem Prügel begangen. Am 23. gestand er auch zu, das Messer gebraucht zu haben, behauptete jedoch von dem Halsschnitt nichts zu wissen. Am

Digitized by Google

24. Febr. machte er einen Selbstmordversuch (Erhängen). Am 7. März (4. Verhör) stellt er die That als Todschlag hin, provocirt durch B. Er sei in den früheren Verhören ganz verrückt, nicht recht beisammen gewesen. Jetzt sei ihm leichter.

R. hat den besten Leumund. Er war zur Zeit der That nicht in Nothlage. Mit B. hatte er in gutem Einvernehmen gestanden. Der Umgebung war er gleich nach der That nicht auffällig erschienen, auch nicht dem Richter in den Verhören. Die Frau des R. berichtet von zeitweisen Anfällen von Geistesstörungen mit vorausgehendem theilnahmlosen Vorsichhinstarren. In seinen psychischen Ausnahmszuständen habe er ohne Grund geschimpft, geflucht, demolirt, die Umgebung maltraitirt und mit dem Todschlagen bedroht. Auch intervallär sei er oft sonderbar zerstreut, verwirrt, von Selbstmordideen geplagt. Solche Anfälle von wuthzorniger Erregtheit werden auch von anderer Seite bestätigt. R. war ein solider Mensch, einer seiner Brüder stark geistesgestört.

In der ersten Zeit der Beobachtung constatirte man an R. einen psychischen Dämmerzustand, ausserdem eigenthümliche Aufregungszustände, anfallsweise und ausgehend von der Narbe einer l. penetrirenden Brustwunde.

R. wurde dann plötzlich blass, moros, stumm, trotzig, gereizt, schaute stier vor sich hin, klagte Schwindel, heftiges Stechen in der Gegend der Narbe. Nach Stunden bis Tagesfrist war er wieder gutmüthig, freundlich, anständig wie sonst.

Einmal hatte er in solchem Zustand auch Selbstmordgedanken und äusserte hinterher, dass ihm der Teufel in Gestalt eines schwarzen glänzenden Hundes erschienen sei und ihn zum Selbstmord aufgefordert habe. Im Uebrigen bot er für die Vorkommnisse in seinen Anfällen Amnesie.

Intervallär Kopfweh, Schwindelanfälle, schlechter Schlaf, Kopfsausen, Parästhesien und neuralgische Beschwerden in der linken Unterextremität.

Seit 1877, wo er verwundet wurde, bekam er alle 8—14 Tage Brennen in der Narbe. Von da erstreckte sich eine vasomotorische neuralgische Aura bis zum Kopf, er wurde schwindlig, bekam zuweilen selbst Funken vor den Augen und Brechreiz. In diesen Zuständen war er nicht ganz bei sich. Seither war er auch alkoholintolerant geworden.

Seine That erscheint ihm nach wie vor als ein Act der Nothwehr. B. habe ihn zuerst gepackt. Er erinnert sich eines Moments, wo dann der Teufel in Gestalt des schwarzen Hundes vor ihm stand und ihm zurief, „gib's ihm fest". Von allem was weiter geschah, wusste er nichts. Auch für die Zeit bis zum 3. Verhör, und auch für seinen Selbstmordversuch wurde Amnesie constatirt. Die zeitweisen Visionen des Hundes, selbst vieler Hunde, die Musik machten, habe er seit etwa 3 Jahren gehabt. Er sei dabei immer in Angst gewesen und habe sie für Teufel gehalten.

Auch für die von seiner Frau beobachteten wuthzornigen Anfälle hatte R. Amnesie.

Die Gerichtsärzte wiesen das epileptoide Irresein auch für die Zeit der That nach.

Digitized by Google

Die Geschworenen bejahten jedoch die Schuldfrage mit Ausschluss mildernder Umstände. Todesurtheil. Begnadigung zu lebenslänglichem Zuchthaus.

Verf. weist nach, dass R. an epileptischen Stupor- und Dämmerzuständen litt, ausserdem an wuthzornigen deliranten, für diese Zustände Amnesie bot, epileptischen Charakter zeigte und sein Leiden offenbar eine Reflexepilepsie war.

Dass der Mord in die Zeit eines Anfalls fiel, ergiebt sich aus vorausgehenden Dämmerzuständen, Taed. vitae und unmittelbar vorher sich zeigenden Aurasymptomen. Das nächste Motiv zur That war die Hallucination, welche auch in anderen Anfällen auftrat. Für den epileptischen Charakter der That sprach auch die Brutalität ihrer Ausführung, für die Amnesie sein Benehmen nach derselben. Das wechselnde Verhalten in den Verhören, die Verschiedenheit der Aussagen entsprach Intensitätsschwankungen einer als Stupor anzusprechenden Bewusstseinsstörung,

***Poggi*, Mordversuch. Paranoia persecutoria. — Rivista sperim. X. Jahrg. 4. Heft.**

L., 45 J., hat auf offener Strasse auf einen Richter, von dem er sich früher ungerecht verurtheilt wähnte, einen Mordversuch gemacht. Er ist aus belasteter Familie, hat mit 18 J. einen Hirnzustand mit Delirium durchgemacht, erschien in der Folge misstrauisch, reizbar, abergläubisch und irrsinnig. Deshalb war er wegen verschiedener Vergehen straflos ausgegangen. Er bekennt seine That, sieht aber sein Unrecht nicht ein. Er bietet Verfolgungsdelirien, querulirt um Gerichtsverhandlung, droht, sich sein Recht anderswo zu verschaffen. Nachweis, dass L. seit einer Verurtheilung 1855 an Verfolgungsquerulantenirresein erkrankte und ein gemeingefährlicher Irrsinniger sei.

***v. Krafft*, Gerichtsärztliche Gutachten. — *Friedreich*'s Blätter f. ger. Med. Heft 3.**

1. Betrug. Behauptete geistige Krankheit. Keine organische Belastung.

2. Diebstahl. Vermuthete Geisteskrankheit. Chorea, aber keine Geisteskrankheit.

***v. Krafft*, Gerichtsärztl. Gutachten. — Jahrbücher f. Psychiatrie. VI. Band. 1. Heft.**

1. Verbrechen der öffentlichen Gewaltthätigkeit. Pathologischer Affectzustand.

2. Versuchter Todschlag. Pathologischer Affectzustand.

Digitized by Google

***Verga* u. *Pradati*, Fall von Simulation hallucinatorischen Irreseins. — Rivista sperimentale. X. Jahrg. 4. Heft.**

T., aus gesunder Familie, hat mehrere Gesellschaftsdiebstähle begangen. Ausser Pneumonie mit Delirium vor Jahren, war er immer gesund. Seit seiner Inhaftirung (Nov. 1882) hatte er sich immer ganz normal verhalten. Eines Tags erklärte er dem Gefängnissarzt, er höre Nachts die Stimme seiner Mutter, die ihn versichere, er sei der Sohn des Marquis X. Da er körperlich und psychisch sonst nichts Abnormes bot und sich nicht consequent in der Angabe seiner Hallucinationen blieb, vermuthete man Simulation und sandte ihn (24. Dec. 1883) zur Feststellung des Geisteszustands in's Irrenhaus. Dort wird ermittelt, dass er starker Trinker war, geistesbeschränkt, dem Senium praecox verfallen, frei von irgend welcher Form geistiger Störung, speciell Paranoia. Es wird wahrscheinlich gemacht, dass er dieses Stimmenhören nur vorgab, um in's Irrenhaus, statt in's Gefängniss zu kommen. Verurtheilung.

***Miraglia*, Der Fall Misdea. — Annales médico-psycholog. No. 3.**

Am 13. April 1884 kehrte der Soldat Misdea Abends in die Caserne zurück. Er hatte unter Tags ziemlich getrunken, mit einem Kutscher auf der Strasse sich gezankt, war angetrunken und gereizt heimgekommen, hatte gleich bei der Heimkehr grundlos mit Kameraden Streit angefangen, dabei eine Ohrfeige und vom Unterofficier eine Strafe erhalten. Kurz darauf erschien er mit Gewehr und Patrontasche und schoss wie toll auf jeden der sich ihm nahte. Während einer halben Stunde verschoss er 52 Patronen, verwundete 3 und tödtete 7 Soldaten, bis man endlich ihn entwaffnen konnte. Ueber das Verhalten nach der That, ob und wieweit er sich derselben erinnerte, ist nichts zu erfahren. Die Expertise constatirte: Geistesschwäche, Strabismus, Missstaltung des Schädels, hochgradige erbliche Belastung, Reizbarkeit, Brutalität, Mangel des moralischen Sinns und Incorrigibilität von Kindsbeinen auf, Epilepsie, einen Stammbaum, in welchem fast alle Angehörige irrsinnig, Idioten oder Epileptiker waren.

Miraglia machte alle diese Thatsachen geltend, wies vertiginöse Anfälle von Epilepsie nach, sowie epileptischen Charakter und machte es wahrscheinlich, dass Misdea ganz impulsiv in einem epileptischen Ausnahmszustand gehandelt habe. Die militärische Disciplin verlangte ihr Opfer. M. wurde füsilirt.

***Bonfigli* u. *Brugia*, Gerichtsärztl. Gutachten über einen Mörder des Sohnes. — Archivio italiano per le malatie nervose. Heft 1.**

Am 4. Juni Morgens brachte ein gewisser A. B. seinen geliebten 4jährigen Sohn um und wurde gleich darauf von der heimgekehrten Frau weinend und verzweifelt angetroffen. B. stammt von einer geistesbeschränkten, nervösen, reizbaren Mutter. Er war rachitisch, lernte gut, war

Digitized by Google

gutmüthig aber reizbar und zum Zorn geneigt, oft verstimmt, schweigsam. Mit 17 J. wurde er Bedienter, später Kutscher. Er war sexuell sehr bedürftig, frequentirte Weiber, war kein Trinker, machte 1878 Lues durch, schloss dann eine Ehe mit einer hübschen, aber rohen, reizbaren Frau. Sie gab Anlass zu Eifersucht. Die Ehe war unglücklich, es gab häufige Scenen bis zu Prügeleien auf offener Strasse; gleichwohl blieb B. verliebt in seine Frau. Unter dem Einfluss unablässiger Gemüthsbewegungen war B. hochgradig neurasthenisch geworden, im weiteren Verlauf psychisch deprimirt. Die Frau behandelte ihn brutal, er wurde kränker, schlaflos, impotent, bekam Taed. vitae, wurde tief melancholisch, bat 2 Tage vor dem Mord des Sohnes die Frau, welche den geistig gebrochenen Mann immer mehr quälte, sie möge ihn doch lieber umbringen, damit er Ruhe habe. Es kam ihm vor, er tauge zu nichts mehr auf der Welt. Bezüglich der That erklärt B., der Antrieb dazu sei ihm plötzlich gekommen und diese ohne hemmende Gegenvorstellung sofort ausgeführt worden. Eines klaren Motivs sei er sich nicht bewusst geworden. Er hatte nur summarische Erinnerung für Umstände und Zeit der That. B. bietet Spuren von Rachitis, keine Degenerationszeichen; er ist abgemagert, tief melancholisch, abulisch, äussert Selbstanklage- und später Verfolgungsideen. Nachweis, dass B. schon vor dem Tage der That continuirlich an schwerer Melancholie litt und in einem Raptus melanch. die That beging. Freisprechung.

***Motet*, Gewaltthaten der in Freiheit lebenden an Verfolgungswahnsinn leidenden Kranken. — Annales méd. psychol. No. 2.**

Häufige Verkennung des bedenklichen Geisteszustands solcher Kranker. Sie machen oft plötzlich Mordversuche in krankhafter Deutung harmloser Gesten, alogischer feindlicher Verknüpfung von Vorkommnissen. Verf. theilt 3 Fälle aus seiner jüngsten Erfahrung mit.

Dr. *Peel* und *de Craene*, Geistiger Zustand eines Brandstifters. — Bulletin de la société de méd. mentale de Belgique. Heft 1.

Ein Vagabund, dem ein Nachtlager verweigert wurde, begeht Brandstiftung. Problematische Existenz, Erziehungsmangel. Keine geistigen Defecte oder Krankheitszustände nachweisbar.

Dr. *Pilgrim*, Ueber die sogenannte Pyromanie. — American Journal of insanity. April.

Geschichte und Literatur der Pyromanie. Diese ist eine Fiction. Brandstiftung kann Symptom bei Geisteskrankheit oder Schwachsinn sein.

Mittheilung eines Falles von sog. Pyromanie:

H., 16 J., von einer nervösen, schwachsinnigen Mutter, entwickelte sich gut bis zur Pubertät. Der Anblick einer Feuersbrunst machte tiefen Eindruck auf ihn und er fühlte einen tiefen Impuls, auch anzuzünden,

Digitized by Google

legte 7 mal Feuer im Hause des Grossvaters, hatte jedesmal gleich Reue und rief um Hülfe. Zu Verwandten gebracht, beging er dort 2 Brandstiftungen. Bis zum 13. J. hatte er genachtwandelt, vom 12.—15. J. onanirt. In der Beobachtung der Irrenanstalt bot er Nervosität aber keine geistige Störung.

Dr. ***Mills***, Josef Taylor, ein geisteskranker Sträfling wegen Mordes verurtheilt. — The Journal of nervous and mental disease. October 1884.

T. litt an hallucinatorischem Wahnsinn mit Sinnestäuschungen und Delirien persecutorischen Inhalts. Dieses Leiden war im Kerker entstanden (Kerkerwahnsinn). Er tödtete einen Aufseher.

Dr. ***Wood***, Absurditäten des Gesetzes, illustrirt durch den Fall Taylor. — ebenda. October 1884.

Verf. geisselt die falsche partheiische Stellung der Gerichtsärzte in Amerika und die Ignoranz der grossen Masse dieser aus obscuren Univertäten hervorgegangenen „Schverständigen“ auf psychiatrisch forensischem Gebiet. Er bringt scandalöse Beispiele aus seiner eigenen Erfahrung.

Giraud, Gerichtl. medic. Revue. — Annales médico-psychol. No. 1.

1. B., 67 J., hat seine Frau auf offener Strasse insultirt und mit einer ungeladenen Pistole bedroht. Seit über 20 J. Vergiftungs- und Eifersuchtswahn.

2. G., imbecill, Vagabund, wurde über Masturbation auf offener Strasse betreten. Verminderte Zurechnungsfähigkeit.

3. J., wegen Vagabondage arretirt, ist imbecill. Er simulirt Idiotie.

4. Marie B., 18 J., Vagabundin, imbecill. Keine Bestrafung.

5. Leopold M., erblich belastet, schwachsinnig, Dipsomane, wegen Wachebeleidigung vor Gericht gestellt. Nachweis der Dipsomanie zur Zeit der incrim. Handlung. Freisprechung.

6. D., Amtsehrenbeleidigungen. Paranoia persecutoria mit Grössenideen.

7. B., Advocat, Amtsehrenbeleidigungen. Manie, wahrscheinlich Paralyse.

8. H., 17 J., Amtsehrenbeleidungen. Simulation. Problematische, wohl belastete psychische Persönlichkeit.

9. B., 19 J., gefährliche Drohungen in affectvoller Erregung eines Trinkers. Keine Geistesstörung.

10. Celina L., 37 J., belastet, trunksüchtig, hat wiederholt Selbstmordversuche gemacht in berauschtem Zustand. Sie ist Prostituirte. In einem affectvollen Zustand öffentliche Ruhestörung und Gewaltthätigkeit.

Digitized by Google

Das Gutachten weist nach, dass sie chronischem Alkoholismus und Unzurechnungsfähigkeit nahe sei. Versetzung in ein Irrenhaus.

Dr. *Illoway*, Ein denkwürdiger psychiatrischer Gerichtsfall. — The Alienist and Neurologist. Januar.

J. Hoffmann, 62 J., Schneider, hat seinen Sohn umgebracht. Er entschuldigt sich, dass es ein Bastard war und er nicht anders konnte. Nach seiner Angabe war seine Frau ihm untreu, prostituirte sich schamlos, beraubte ihn seines sauer ersparten Gelds, steckte ihn mit Syphilis an, versuchte ihn zu vergiften. 1878 gerieth er in Streit mit dieser Megäre, schoss nach ihr, verwundete aber tödtlich seinen Sohn. Er macht einen Selbstmordversuch, wurde gerettet, verliess 1880 die Familie, kehrte eines Tags zurück und ermordete den Bastard seiner Frau. Von all diesen Beschuldigungen der (ehrbaren) Frau war kein Wort wahr. Es handelte sich um Eifersuchts- und Verfolgungswahn eines Trinkers. H. stammte von trunksüchtigen Eltern; eine Schwester war im Irrenhause. Von Kindsbeinen an war er höchst jähzornig gewesen. Verf. war Experte bei der Verhandlung und wies nach, dass H. an Monomanie (Paranoia alcoholica) litt (?). Nach wie vor behauptete H., dass seine Frau ihn mit Chloroform bewusstlos gemacht und dann neben ihm im Ehebett sich prostituirt habe. Auch habe sie ihn impotent gemacht, indem sie ihm von ihrem Menstrualblut zu trinken gab. Er meinte, sie habe Zeugen und Richter bestochen, dass sie ihn verurtheilen. Sie habe ihm 15000 Dollar gestohlen, obwohl er factisch nie eine grössere Summe besessen hatte u. s. w.

Gleichwohl wurde dieser Irrsinnige des Mordes schuldig befunden und hingerichtet.

***Monakow*, Selbstbeschuldigung bei Schwachsinn und Melancholie. — *Friedreich*'s Blätter für gerichtl. Medicin. Heft 1 u. 2.**

Am 25. Jan. 1884 wird eine Kindsleiche in einem Weiher gefunden. Dieselbe bietet Zeichen der Erstickung und muss schon im November 1883 in's Wasser gelangt sein. Anna Br., vacirende Dirne, wird am 27. Jan. arretirt, legt umfassendes Geständniss ab, verwickelt sich aber in die grössten Widersprüche. Deshalb scheint ihr Geisteszustand zweifelhaft. Die Gerichtsärzte constatiren aber, dass sie geistig ganz gesund ist und zweifellos geboren hat. Die Br. klagt sich noch einer ganzen Reihe von Kindsmorden, Abtreibungen u. s. w. an und bleibt bei ihrer ersten Selbstbeschuldigung, selbst nachdem die wirkliche Kindsmörderin ermittelt und geständig ist. Der Geisteszustand erscheint neuerlich bedenklich. Die Br. kommt zur Beobachtung in die Irrenanstalt. Sie ist aus geistesgesunder Familie, geistig schwach. Sie galt schon als Schülerin als gedankenlos, zerstreut, confus, verwirrt, moralisch defect, diebisch, flatter- und lügenhaft. Von März 1883 ab sich selbst überlassen, dient sie, bleibt aber nirgends lang, erweist sich durchweg unbrauchbar, verfällt der Pro-

Digitized by Google

stitution als Gassendirne, verbreitet über Andere und sich selbst Lügen sexuellen Inhalts, z. B. ein Kind geboren zu haben, es nächstens ertränken zu wollen, wiederholt die Leibesfrucht abgetrieben zu haben, neuerlich wieder schwanger zu sein, lauter Behauptungen, die sich sicher als Lügen erwiesen. Mit Vorliebe schlief sie mit ihren Freundinnen in demselben Bette und benahm sich diesen gegenüber als Schlafgenossin auffällig aufdringlich.

Ihre Selbstanklagen machte sie mit dem grössten Detail, verdächtigte dabei eine ganze Reihe Personen als Helfershelfer, Liebhaber u. s. w.

In der Irrenanstalt erscheint sie wenig auffällig, jedoch etwas ängstlich, klagt über Angst, ängstliche Phantasmen vor dem Einschlafen. Sie sei schon eine Weile ängstlich. Es sei ihr in der That vorgekommen, sie sei eine Mörderin. Haft und Verhöre hätten das Uebrige zu ihren Selbstbeschuldigungen beigetragen. Sie sei wohl lüderlich gewesen, habe aber nie geboren. Man möge sie strafen, aber mit dem ewigen Verhören ein Ende machen. Alles komme ihr jetzt wie ein Traum vor. Sie sei in der Haft immer ängstlich gewesen, habe nicht schlafen können, Schimpfworte, Drohungen gehört, gemeint, sie sei von allen Seiten angefeindet. Auf der Brust habe sie Bangigkeit und Druck verspürt, auch schreckliche Visionen von Fratzen, Leichen und Leichenzügen gehabt. Auch in der Anstalt sah sie derlei, ferner hässliche, drohende Gesichter, den Henker, der ihr zurief, „Kindsmörderin, Hure, komm mit, morgen musst du sterben". Dabei Angst, Weinen, Suicidgedanken. In ruhigeren Zeiten corrigirte sie Alles. Für geistig gestört wollte sie nicht gelten. Bei einer Exploration, die virginalen Uterus constatirte, benahm sie sich läppisch, höchst ängstlich und betheuerte, dass sie unschuldig und nur aus Angst sich selbst denuncirt habe. Thatsächlich war man mit ihr grob umgegangen und hatte ihr manche Aussagen nahe gelegt. Auch jede weitere Inquisition versetzte sie in namenlose kindische Angst. Allmälig verloren sich die ängstlichen Anfälle und Sinnestäuschungen. Nun traten intellectuelle und moralische Schwäche und Gemüthsstumpfheit klar zu Tage. Auch ergab sich, dass die Br. mit geschlechtlicher Neigung zum eigenen Geschlecht behaftet war. Der Schädelbau war ein exquisit krankhafter.

Das Gutachten erweist den originären Schwachsinn, auf dessen Boden episodisch eine Psychose in Form anfallsweiser intensiver Angst mit Sinnestäuschungen und Verfolgungsdelirien (Melancholie?) auftrat. In diesem Zustand, unter dem Einfluss von Verdacht, Haft, Drohungen äusserlich, psychischer Störung, Angst, Imbecillität innerlich, kam es zu den fälschlichen Selbstbeschuldigungen.

v. Krafft, Fälschliche Selbstbeschuldigung Geistiggestörter. — *Eulenberg*'s Vierteljahrsschr. f. ger. Med. N. F. XLIII. 1.

1. Trunkfällige Sinnestäuschung. Fälschliche Selbstbeschuldigung eines Mordes.

Digitized by Google

2. Hysterische Geistesstörung. Fälschliche Selbstbeschuldigung des Kindsmords und der Fruchtabtreibung.

***Chatelain*, Werth des Leichenbefunds für den Nachweis geistiger Störung. — Annales médico-psychol. No. 3.**

Am 19. März 1882 hatten sich die in verzweifelter finanzieller Situation befindlichen Eheleute W. ertränkt. Der Ehemann W. war bei einer Lebensversicherungsgesellschaft versichert gewesen. Diese war nur verpflichtet zu zahlen, falls unzurechnungsfähig machende Geisteskrankheit zur Zeit des Selbstmords erwiesen war. Die Gläubiger verlangten die Leichenöffnung, um diesen Beweis zu liefern. Diese ergab Pachymeningitis externa chronica und Atrophia cerebri incipiens. Die Experten kamen zum Schluss, dass W. nicht geistesgesund war. (Es wurde noch erhoben, dass er viel älter ausgesehen hatte, jedenfalls vorzeitig gealtert war, seit 2 Jahren an einer Strictur der Urethra litt, die erfahrungsgemäss zu Trübsinn geneigt mache. Im Uebrigen war den Experten über das Vorleben des W. nichts bekannt.) Die Gesellschaft protestirte, wählte Verf. zu ihrem Experten in dem Process und stellte folgende Fragen: 1) kann man aus dem Leichenbefund erschliessen, dass W. irrsinnig und unzurechnungsfähig war und sein Selbstmord freie Willensbestimmung ausschloss?

Antwort: Geisteskrankheit ist Hirnkrankheit, aber nicht jede Hirnkrankheit setzt geistige Störung und nicht jede geistige Krankheit bietet einen anatomischen Befund, kann vielmehr durch blosse functionelle und Ernährungsstörungen bedingt sein. Diffuse Erkrankungen des Gehirns und seiner Hüllen sprechen immer zu Gunsten geistiger Störung, um so mehr, je schwerer sie sind, aber Gewissheit kann nur die retrospective klinische Untersuchung des geistigen Verhaltens bis zum Zeitpunkt des Todes geben. Fällt diese positiv aus, dann fallen etwaige Leichenbefunde im Sinne diffuser anatomischer Veränderungen allerdings sehr in's Gewicht. Im concreten Fall lasse sich aus dem Befund des W. weder pro noch contra etwas folgern.

2) Sind genitale Erkrankungen nicht häufige Anlässe zu Selbstmord Seitens geistesgesunder Individuen?

Antwort: Ja, wie schmerzhafte oder unheilbare Krankheiten aller Art, aber es fragt sich, ob derartige Unglückliche zur Zeit des Selbstmords noch verantwortlich für ihre Handlungen angesehen werden können. Dass jeder Selbstmörder unfrei sei, lässt sich übrigens nicht behaupten.

Ein ausserdem von Dr. *Brouardel* erhobenes Gutachten kam zu analogen Schlüssen.

Die Versicherungsgesellschaft brauchte nicht zu zahlen, indem das Tribunal annahm, dass W. in zurechnungsfähigem Zustand sich umgebracht habe.

Digitized by Google

Dr. *van der Ghijs* und Dr. *Groskamp*, Gutachten über den Gemüthszustand der G. O. — Psychiatrische Bladen III. 2.

Ein zwanzigjähriges, hysterisches und schwachsinniges Mädchen steckt dem Bauern, bei dem sie in Dienst steht, das Heu an, warnt bei Ausbreitung des Brandes selbst die Hausgenossen und legt nach ihrer Verhaftung ein Geständniss ab. Ein Motiv für die That ist absolut nicht zu entdecken. Sie selbst gibt beständig an, „der Geist hat es mir eingegeben", „ich wurde dazu gezwungen", „der Teufel hat mich verleitet". Dieser Impuls steht im übrigen bei ihr ganz isolirt. Die Begutachter erklären, „dass sie unter dem Einfluss einer plötzlich auftauchenden Zwangsvorstellung zu der That getrieben worden ist". *Kurella.*

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und allgemeine Therapie. Referent: Schüle-Illenau.

Allgemeine Pathologie.

Rutherford Macphall, Klinische Beobachtungen über das Blut Geisteskranker. — Journ. of ment. sc. Jan.

Verf. setzt seine Untersuchungsreihe fort über das Blut von Paralytikern, Epileptikern, periodisch Manischen, bei letzteren namentlich auch noch unter Vergleichung der Körpergewichtsverhältnisse. Die Resultate, zu welchen er am Schluss der mit eingehenden Tabellen versehenen Arbeit kommt, sind: 1) Anämische Blutconstitution ist ohne Zweifel in manchen Fällen innig mit Geistesstörung verbunden. 2) Das Blut der Blödsinnigen in den Asylen ist ärmer an Hämoglobin und Hämocyten und die Verschlechterung nimmt mit dem Alter zu. 3) Das Blut von erklärten Masturbanten ist in beträchtlichem Grade verschlechtert. 4) Das Blut ist unter dem Normalstande in der allgemeinen Paralyse, und zwar sind die Differenzen stärker ausgeprägt in den activen Perioden und vollständigen Lähmungsstadien, als in den Zwischenepisoden von Ruhe; 5) auch das Blut der Epileptiker zeigt eine mangelhafte Zusammensetzung, aber diese ist nicht so ausgesprochen als bei den gewöhnlichen Blödsinnszuständen aus derselben Altersstufe; 6) verlängerter und anhaltender Gebrauch von Bromkali verursachen keine Verschlechterung des Bluts; 6) verlängerte Aufregungszustände haben einen verschlimmernden Einfluss auf die Zusammensetzung des Bluts; 7) bei frisch Aufgenommenen ist das Blut im Durchschnitt unter der normalen Beschaffenheit; 8) bei genesenden Pat. bessert sich das Blut während des Anstaltsaufenthalts; 9) es scheint eine nahe Beziehung zu bestehen zwischen Besserung der Blutbeschaffenheit, Hebung des Körpergewichts und psychischer Reconvalescenz. 10) Tonische medi-

Digitized by Google

camentöse Behandlung lässt diese Besserung des Blutes rascher hervortreten; 11) am meisten Einfluss scheint hierbei zu besitzen: a) Eisen, Chinin und Strychnin, b) Eisen und Chinin, c) Eisen allein, d) Malzextract. Arsenik scheint hierbei von geringem Werthe zu sein; Quassia und Leberthran haben kaum befriedigende Resultate.

***Popoff*, Tiefe Temperatursenkung im Verlauf der Psychosen. — Arch. de neur. Mai.**

Verf. erzählt einen Fall von acuter Manie bei einer 49jährigen, gut genährten Frau, welche vorübergehend Temperatursenkungen bis 34,3 C. (Rectum) aufwies und in der Folge genas. In der Epikrise greift Verf. auf die hypothetische Affection der thermischen Rindencentren zurück.

***Wigleswörth*, Uterinleiden und Geisteskrankheit. — Journ. of ment. sc. Jan.**

Eine genaue Aufzählung und Besprechung der 1) bei 109 Autopsien vorgefundenen Veränderungen der Sexualorgane und 2) der bei 65 lebenden Geistesgestörten erhobenen Befunde. Detaillirte Tabellen erläutern die betr. Casuistik. Verf. untersucht in Aethernarkose bimanuell. Nachtheile will er nie gesehen haben, ausser eine kurz vorübergehende Erregung in 1—2 Fällen von Manie. Er glaubt, dass uterine Anomalien häufiger vorkommen, als man gemeiniglich glaubt. Dass er nicht auch von therapeutischen Resultaten berichten kann, liegt nach seiner Ansicht daran, dass er eine ungleich kleinere Anzahl von frischen Fällen von Geistesstörung untersuchen konnte. Er räth aber entschieden, diesen letzteren Weg — die Untersuchung der Kranken sofort bei deren Aufnahme — einzuschlagen. Die Tabellen und Aufzählung der autoptischen Ergebnisse eignen sich nicht zum Auszug.

***Mairet*, Ueber Ernährung des Nervensystems im pathologischen Zustand. — Arch. de neur. Jan.**

Verf. untersucht die Ausscheidungen der Phosphorsäure in den verschiedenen Psychosenformen, um daraus Rückschlüsse auf die Stoffwechselvorgänge in den letzteren zu gewinnen. Die umfangreiche Arbeit ist noch unvollendet; was Verf. bis jetzt eruirte, bezieht sich auf Untersuchungen in der Manie, der Melancholie, der Epilepsie und Idiotie, und zwar in den verschiedenen Stadien der betr. Zustände. Die bisher gefundenen Ergebnisse sind: a) in der Manie: diese modificirt, verschieden nach den Perioden, die Ausscheidung von Phosphorsäure und von Stickstoff. Sie vermehrt den Stoffwechsel, steigert die Allgemeinernährung in den Erregungsphasen, verlangsamt dieselbe in den depressiven Perioden. b) in der Melancholie: diese erhöht die Umsätze in Phosphorsäure, welche sich im Nervenleben vollziehen und verlangsamt die allgemeinen Ernährungs-

Digitized by Google

verhältnisse. c) In der Idiotie werden gleichfalls die unreinen Ernährungsumsätze geändert. d) In der Epilepsie: Die epileptischen Zufälle erhöhen die Ausscheidung von Stickstoff und Phosphorsäure im Urin und steigern den Stoffwechsel im Nervensystem. Ausserhalb der Anfälle findet keine Modification der genannten Ausscheidungen statt. — Im Allgemeinen geht bis jetzt aus den Untersuchungen des Verf. hervor, 1) dass die gesteigerte Hirnthätigkeit und die functionellen Hirnaffectionen die Ernährung des Nervensystems ändern, und 2) dass diese intracerebralen Stoffwechseländerungen auf die allgemeine Ernährung, und zwar in einer die letztere verlangsamenden Richtung ausstrahlen. Fortsetzung folgt.

Lyon, Der mögliche Ursprung einiger Wahnvorstellungen. — The Alien. a. Neurol. April.

Verf. bezieht sich auf die bekannten Mittheilungen von Entstehung von Wahnvorstellungen aus Träumen, und führt einen casuistischen Beleg an, bei welchem aber gerade dieser Zusammenhang nur hypothetisch bleibt.

de Jong, Ueber das Entstehen der Wahnvorstellungen bei Geisteskranken. — Psychiatr. Bladen IV. 1.

Verfasser charakterisirt zuerst im Allgemeinen die bei Melancholie, Manie und primärer Verrücktheit vorkommenden Wahnideen, betont die Verminderung des Selbstgefühls bei der ersten, die Erhöhung desselben bei der zweiten Krankheitsform, leitet diese Veränderung aus der Verlangsamung resp. Beschleunigung des Gedankenlaufs in diesen Krankheitsformen her, und lässt die einzelnen Wahnideen als Erklärungsversuche des Kranken für diese veränderte „Gemütsstimmung" entstehen. Einzelbeobachtungen oder exacte Versuche führt er für diese Auffassung nicht an. „Der Melancholicus überlegt die verschiedenen Ursachen, die im normalen Zustande zu solch ängstlicher Gemüthsstimmung führen können." „Er kommt zu dem Schluss, dass er selbst die Ursache von seinem Unglück sein muss; er muss sehr schlecht, der grösste Missethäter der Welt sein." „Ferner macht er den Schluss: jemand, der so viel böses begangen hat, muss gestraft werden — so entsteht bei ihm die Furcht vor Strafe, vor dem Gefängniss, dem Schaffot, der Verfolgungswahn."

In ganz analoger Weise, ohne genaue Analyse von Einzelthatsachen, deducirt *de Jong* die Entstehung des Grössen- und Verfolgungswahns bei primärer Verrücktheit aus dem Raisonnement, das der Kranke an die — nach *d. J.* hier als Anfangserscheinung gegebenen — „hysterischen und hypochondrischen Gefühlsstörungen" anknüpft.

Kurella.

Tambroni, Beitrag zum Studium der Temperatur Geisteskranker. — Riv. sper. Anno X. Heft IV.

Digitized by Google

Ventra, Die zufälligen Erkrankungen bei Psychosen. — Il Manicomio No. 1.

Beide Arbeiten behandeln dasselbe Thema der Temperatur bei Geisteskranken, worin Italien durch eine Reihe trefflicher Publicationen bereits seit Jahren vorangeht. Leptomeningitiden und namentlich Pneumonien sind die accidentellen Complicationen, deren klinische Symptome im Zusammentreffen mit den verschiedensten Formen des Irreseins behandelt werden, speciell nach der Richtung der Temperaturverhältnisse. In der *Ventra*'schen Arbeit sind auch noch die Untersuchungen über die Excrete beigefügt. Letztere enthält bis jetzt blos Casuistik (6 Beobachtungen), zum Theil mit Sectionen, sämmtliche mit Epikrisen. Die Arbeit von *Tambroni* ist abgeschlossen und kommt zu dem allgemeinen Resultate: dass die genannten fieberhaften Erkrankungen, sofern sie das Irresein compliciren, weder im Gang, noch in der Dauer, noch in der Intensität irgend eine Abweichung gegenüber ihrem Auftreten bei Geistesgesunden zeigen. Die Arbeit von *Ventra* wird noch eine Fortsetzung erhalten.

Semelaigne, Beitrag zum Studium des pathologischen Schlafes bei Geisteskranken. — Ann. méd. psych. Jan.

Interessante Casuistik eines Falles (56jähriger, erblich belasteter Mann), in welchem innerhalb 8 Jahren 1698 Tage in einem lethargischen Zustand zugebracht wurden. Die „Schlaf"-Anfälle stellten sich in Form von Krisen, welche oft monatelang dauerten und die künstliche Ernährung nöthig machten. In der Zwischenzeit lucid. Hallucinatorische Delirien hatten die lethargischen Zufälle eingeleitet. Eine hysterische Constitution scheint die Grundlage abgegeben zu haben. Am Schluss der Krankheitsgeschichte der autoptische Befund (partielle Verwachsungen, locale Veränderungen der grauen Substanz an den Adhäsionsstellen, „comme des plaques à forme ulcérative", Atrophie einzelner Windungspartien, deren Detail im Original nachzusehen ist).

Charpentier, Geistige Störungen bei frühzeitigem und raschem Altern. — Ann. méd. psych. Mars.

Das Senium praecox kann Individuen von 50, von 40 Jahren und selbst noch darunter befallen. Oft erscheint dasselbe als Ausdruck einer schweren Ernährungsstörung in Folge von allgemeinen oder localen Erkrankungen; manchmal aber auch selbstständig, ohne solche. Die psychischen Symptome sind Depressionserscheinungen mit einem gewissen Grade von Erhaltung der Lucidität; Melancholien, hypochondrische, panphobische Zustände sind der klinische Ausdruck. Dazu tritt unter Umständen noch geistige Abschwächung. Ein wesentliches klinisches Zeichen ist der Verlust der Adaptionsfähigkeit des befallenen Individuums an neue Verhältnisse. Die gewöhnlichste Ursache des Senium praecox ist: brüske Aenderung der

Digitized by Google

seitherigen Lebensgewohnheiten (Trennung von lieben Angehörigen, Resignation auf den Beruf etc.). Das Factum des vorzeitigen (geistigen) Greisenalters verdient auch sorgfältige forense Würdigung (Delicte aus psychischer Schwäche). Ausser der eben beschriebenen Form, welche mit geistigen Störungen verbunden ist, gibt es auch ein Senium praecox ohne Krankheiten und ohne psychische Symptome. Die Kranken dieser letzteren Kategorien vermögen regulär alt zu werden, vorausgesetzt, dass sie sich in ihren Lebensgewohnheiten mässigen und sich an genaue hygienische Vorschriften halten. — An der nachfolgenden Discussion betheiligen sich *Lunier*, *Legrand du Saulle*, *Foville*, *Motet* etc.; dieselben bekämpfen theils die Auffassung *Charpentier's*, theils nehmen sie dieselbe nur mit grosser Reserve an.

***Buccola,* Die elektrische Reaction des Acusticus bei Geisteskranken. — Rivista sperimentale di freniatria, XI, 1, p. 1—71.**

Die vorliegende Arbeit, welche *Buccola*, der hochbegabte junge Forscher, im Sommer 1884 auf mein Anrathen in der Münchner Kreisirrenanstalt in Angriff nahm, ist die letzte gewesen, die er uns vollendet hinterlassen hat. Mit der ihm eigenen unermüdlichen Ausdauer hat er einige 50 Kranke, meist Hallucinanten, zu oft wiederholten Malen untersucht und die elektrischen Befunde am Acusticus festgestellt, ein Unternehmen, welches bei den eigenthümlichen inneren Schwierigkeiten des herbeigezogenen Krankheitsmateriales eine aussergewöhnliche Beharrlichkeit erforderte. Das Ergebniss dieser mühsamen Untersuchungen, deren Schilderung *Buccola* eine eingehende Besprechung der bisherigen Bestrebungen vorausschickt, war glücklicherweise interessant genug. Während unter den ebenfalls zahlreich untersuchten geistig Gesunden kein Einziger sich fand, der abnorme Verhältnisse der Acusticusreaction dargeboten hätte, konnte *Buccola* bei sämmtlichen Gehörshallucinanten mehr oder weniger ausgesprochene Abweichungen von der Normalformel nachweisen. Nur in einem einzigen derartigen Falle bestand einfache Hyperästhesie ohne Aenderung der Formel. Die Abweichungen waren sehr mannigfache; 3 mal wurde die sog. paradoxe Reaction beobachtet. Interessant war das Hineindauern der Anomalien bis in die Reconvalescenz hinein; bei 2 Studenten der Medicin konnten dieselben nach hallucinatorischer Verwirrtheit, sowie nach Melancholie mit Gehörstäuschungen noch nachgewiesen werden, nachdem alle sonstigen Symptome der psychischen Störung, namentlich die Täuschungen, längst verschwunden waren. Unerregbarkeit des Acusticus fand sich in 2 Fällen; in 2 weiteren waren die Nebenerscheinungen der elektrischen Reizung so intensiv, dass die Untersuchung jenes Nerven aufgegeben werden musste; einmal endlich wurden bestehende Hallucinationen durch den Einfluss des Stromes vorübergehend zum Verschwinden gebracht. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dass es *Buccola* gelang, bei vier Kranken gleichsam experimentell durch die einzelnen Momente der Stromwirkung an Stelle der gewöhnlichen Klänge

Digitized by Google

wirkliche Worthallucinationen zu erzeugen. Zwei dieser Kranken boten die paradoxe Reaction dar. Die grosse Bedeutung aller dieser Beobachtungen für die Theorie der Hallucination, speciell auch für die Rolle, welche peripheren Reizmomenten beizumessen ist, liegt klar am Tage. Bei nicht hallucinirenden Kranken waren Anomalien der Acusticusreaction seltener, aber immer noch relativ häufig. Zwei Epileptiker und ein Altersblödsinniger boten absolute Unerregbarkeit dar; in einem dieser Fälle war durch die stärksten zur Verfügung stehenden Ströme weder Funkensehen, noch Geschmacksreaction hervorzurufen. Bei zwei Melancholikern musste wegen ihrer Empfindlichkeit auf eine eingehende Prüfung verzichtet werden, während 4 maniakalische Kranke Hyperästhesie, gewöhnlich mit Abweichung von der Normalformel darboten. Sehr merkwürdig war das Verhalten der Paralytiker. Nur bei zweien fanden sich Reactionsanomalien, zugleich einmal das Entstehen von Gesichts- und Gehörstäuschungen während der Stromeinwirkung. Drei weitere Kranke zeigten völlige Unerregbarkeit. Bei allen aber, mit Ausnahme dieser drei letztgenannten, bestand eine äusserst hochgradige Empfindlichkeit gegen den elektrischen Strom. Schon die allerschwächsten, gerade noch am Galvanometer ablesbaren Stromstärken genügten, um energische Schwindelerscheinungen herbeizuführen. Dieses Symptom trat mit solcher Regelmässigkeit und Intensität hervor, dass es anscheinend für frischere Fälle der Paralyse als geradezu charakteristisch betrachtet werden kann. *E. Kraepelin.*

Aetiologie.

Conolly Norman, Geistesstörung mit Asthma abwechselnd. — J. of m. sc. April.

Interessante Casuistik von 7 Fällen, in welchen Anfälle von Geistesstörung mit asthmatischen Zufällen abwechselten. In dem 1. Fall handelte es sich um ein chronisches Asthma, welches abnahm, als die Psychose eintrat, und wiedererschien, als letztere chronisch wurde. Im 2. ersetzte das Asthma einen Anfall von psychischer Störung. Im 3. und 5. verschwindet das habituelle Asthma und sofort tritt die Psychose ein, und umgekehrt. Im 4. Falle hört das Asthma sofort auf, als eine acute psychische Erkrankung sich einstellt, und tritt sofort nach Aufhören der letzteren wieder ein. Im 6. mindert sich ein chronisches Asthma und verschwindet endlich mit der Ausbildung der Psychose; als diese chronisch wird mit einem gewissen Grade von Besserung, kehrt das Asthma zurück. Bezüglich der Formen gehörten der 1. und 7. Fall der acuten Melancholie an, der 4. der acuten Manie; die 4 übrigen boten die klinischen Zeichen der chronischen degenerativen Psychosen dar (Zwangsimpulse, Verfolgungsideen) mit gleichwohl acutem Verlauf.

Digitized by Google

O. Müller, Ueber die dyskrasischen Momente, welche bei der Genese der Neurosen und Psychosen eine Rolle spielen. — *Mendel's* Centralbl.

Enthält den Vortrag des Verf.'s auf dem internationalen Congress in Kopenhagen, wobei in interessanter Begründung auf die Wichtigkeit der Blutmischung für die Entstehung psychopathischer Zustände hingewiesen, und die Nothwendigkeit physiologisch-chemischer ev. spectralanalytischer Blutuntersuchungen betont wird.

Ball, Irresein nach Cholera. — L'Enceph. I.

Verf. bringt eine Casuistik von mehreren Fällen mit plötzlich im Reactionsstadium der Cholera auftretenden delirant-manischen Zuständen. Mehrfach war Alkoholismus im Spiele. Die Mehrzahl verlief acut und günstig; einer aber entwickelte sich zu chronischer Dauer (heftiges Delirium mit intensiver geschlechtlicher Aufregung).

Desguin, Ueber die Nervosität unseres Zeitalters. — Bullet. de la soc. de méd. ment. de Belg. Heft I.

Verf. betrachtet als den pathologischen Grundzug unseres „nervösen" Zeitalters die Anämie mit deren neuropathischen Folgezuständen, und findet die Hauptursachen in Ueberarbeitung des Gehirns und alkoholistischen Excessen.

Allgemeine Therapie.

J. Gray, Winke zur Verhütung von Geistesstörung. — Am. Journ. of. Ins. Jan.

erläutert in Form eines Vortrags die für den Practiker wichtigen Winke für die Verhütung von beginnender Geistesstörung: Beachtung der richtigen Ernährung, Fürsorge gegen Ueberbürdung, sorgsame Wahrnehmung beginnender Charakteränderungen etc.

Hughes, Die Hygiene des Nervensystems und Geistes. — The Al. and Neur. Jan.

Behandelt in Form eines Vortrags die Prophylaxe gegen die neuropathische Constitution und die Behandlung der letztern. Beachtenswerth sind namentlich die am Schluss vorgebrachten (und so berechtigten!) Wünsche für eine gesetzliche Regelung der Heirathen, resp. das Verbot der Eheschliessung seitens Belasteter (Trunkenbolde, Epileptiker).

Willis E. Ford, Geistige Hygiene. — Am. Journ. of Ins. April.

Enthält in Form eines Vortrags eine Besprechung der wichtigsten hy-

Digitized by Google

gienischen Gemeinplätze — Kindererziehung, Selbstzucht in Affecten, harmonische Geistes- und Körperausbildung und Entwickelung etc.

J. Curwen, Die Sorge für Geisteskranke. — The Alien. a. Neur. April.

Verbreitet sich über die körperliche und geistige Hausordnung im Anstaltsorganismus (Beschäftigung der Kranken, Spiele etc.).

de Watteville, Practische Bemerkungen über den Gebrauch der Elektricität bei Psychosen. — Journ. of ment. sc. Apr.

Bespricht nur ganz allgemeine Indicationen und die Technik. Bezüglich letzterer ist Verf. kein Anhänger der polaren Methode; er räth vielmehr beide Pole nacheinander auf jeden Applicationspunkt anzuwenden, wobei nur im Auge zu behalten ist, dass die Kathode eine grössere locale Wirkung besitzt, sowohl in chemischer, als reizender Wirkung. Am meisten Chance für die elektrische Behandlung scheinen Depressionszustände zu haben; auch „sensorische Parästhesien" (Hallucinationen) eignen sich. In Aufregungszuständen ist grosse Vorsicht angezeigt. Die auf dem „Borderland of insanity" sich bewegenden Fälle sind dankbarer als die ausgebildeten Psychosen.

Leppmann, Heilung einer Psychose durch Kopfverletzung. — Bresl. ärztl. Zeitschr. No. 5.

Eine 20jährige Frau, von einem exaltirten, zum Trunke neigenden Vater abstammend, in glücklicher Ehe lebend, kinderlos (chronische Metritis), erkrankt an einer anämischen Melancholie mit depressiven Wahnideen. In einem unbewachten Moment gelingt es ihr zum Fenster hinauszuspringen, wobei sie eine Depression und Fractur des Stirnbeins erleidet mit vollständiger Bewusstlosigkeit, aber ohne Lähmungserscheinungen. Hierauf mehrtägiger deliranter Zustand, und danach Wiederkehr des Bewusstseins und rasche psychische Reconvalescenz, mit traumartig summarischer Erinnerung an die erlittene Verletzung und die nachfolgenden Tage. Verf. weist dem Chok durch das Kopftrauma, resp. den dadurch gesetzten molecularen Veränderungen im Gehirn die überraschende Heilwirkung zu.

Digitized by Google

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Friedmann, M., Ein Fall von Ependymwucherung mit subependymärer Sklerose im Bereich der Hirnventrikel bei einem Paralytiker, vorzüglich auch als Beitrag zur Lehre von der patholog. Faserneubildung im Gehirn. — Archiv f. Psychiatrie, XVI. Band, 2. Heft.

F. beschreibt einen Fall von Paralyse, in welchem sich ausser grauer Verfärbung des linken Hinterstranges, ausser den Zeichen einer rechtsseitigen frischen und alten hämorrhagischen Pachymeningitis, chronischer Leptomeningitis, Atrophia cerebri, Hydrocephalus internus und ausser Sklerose der inneren Kapsel noch eine eigenthümliche Ependymwucherung vorfand, bei der sich mit ziemlicher Sicherheit nachweisen liess, dass die dabei gefundenen bindegewebigen Fasermassen in directem Zusammenhange mit spinnenartigen Zellenformen gebildet waren.

Bei Betrachtung der Basalganglien mit blossem Auge erschien nach der Erhärtung die Oberfläche des Ependyms überall glatt und fest und nicht unterbrochen und ohne Granula. Auf dem Durchschnitte ging das Ependym fast überall direct in die unter liegenden nervösen Lager über; über dem Kopfe des Schwanzkernes und im vorderen Beginne des Thalamus jedoch war es durch eine lockere Schicht von der inneren Kapsel getrennt und liess sich als 1—2 mm dicke continuirliche Membran deutlich abheben. Im vordersten Abschnitte des Seitenventrikels und im dritten Ventrikel war das Ependym wenig verändert; in letzterem fand sich nur weit verbreitet eine schollige Umwandlung der übrigens nicht vermehrten Epithelzellen, die als runde, etwas vergrösserte, glasig homogen sich färbende Körper in Zeilen aufgereiht erschienen. Darunter erschien eine dünnere oder dichtere, durcheinander gewirrte faserige Schicht mit leicht vermehrten Kernen, an einigen Stellen auch deutlichen Spinnenzellen (*Ripping*'s gelatinöse Erweichung), eine Veränderung, in welcher Verfasser nicht sowohl eine acutere Form der Entzündung oder Wucherung als einen einfachen Rückbildungsprocess erkennen will. An dem relativ wenig veränderten Ependym der vorderen Abschnitte des Seitenventrikels erscheint das Epithel nicht wesentlich verändert, und unter letzterem fand sich die bekannte, an den dickeren Ependymlagen normaler Weise vorhandene Schichtung, nämlich zu oberst eine gegen 1 mm dicke, netzförmig gewebte Schicht mit eingelagerten Kernen, auf welche eine dünnere, aus parallel liegenden Fasern gebildete Lage folgte. An diese relativ normale Ependympartie schlossen sich dann sowohl median- als rückwärts die erwähnten Bindegewebswucherungen an. Anfangs überwog die

Digitized by Google

faserige Verdichtung, worauf medialwärts ein zunächst schmaler Streif von aufgelockerter Substanz folgte. Die Verdichtungszustände griffen, nach hinten zu sich rasch vertiefend, in die nervösen Schichten des Schwanzkernes und der inneren Kapsel über. Zu oberst fand sich nun statt der netzförmigen Schicht eine solche, die aus in verschiedenen Richtungen locker durcheinander gewirrten hellen Fasern gebildet wurde und in der mässig reichlich Kerne, zum Theil auch Spinnenzellen und nur sehr spärlich kleinere Gefässe sich zeigten. Das Epithel darüber fehlte zum Theil, zum Theil erschien es durch eine senkrecht das Fasergewirr durchsetzende, wenig dichte Fasermasse, der es aufsass, etwas hervorgehoben; ein kleinerer Theil war überwuchert und von der Oberfläche durch eine dünne Faserlage getrennt.

Auf dieses oberste lockere Fasergewirr folgte eine 3 bis 7 mm dicke Schicht, welche aus dicht aneinander gelegenen, in der ersten Lage ziemlich derben und welligen Bindegewebsfasern bestand, und an welche sich eine ähnliche gewebte, doch aus feineren Fasern bestehende und etwas lockerere Lage anreihte. In dem ganzen genannten Gebiete fanden sich starke Kernvermehrung, Verdickung und Kerinfiltration der Gefässwände und Spinnenzellen. Die ganze Wucherung gehörte übrigens nur zum kleinsten Theile der Ependymformation an; schon beinahe 1 mm unter der oberflächlichen lockeren Schicht traten in den parallelen Bindegewebszügen Nervenfasern auf, die zum Theil stark varicös und verdickt, zum Theil stark verdünnt waren. Diese Nervenfasern, welche in dichten Zügen von der Peripherie her in die innere Kapsel unter dem Ependym und Schwanzkern weg einstrahlten, zeigten nach dem Eintritt in die sklerotischen Fasermassen eine rapide Reduction der Zahl ihrer Elemente.

Die Gefässveränderungen fanden sich überall in der sklerosirten Partie; die am meisten verdickten mittleren Gefässe gehörten jedoch der eigentlichen Ependymformation und der nächsten Nervenfasern führenden Schicht an.

Bei Schnitten, welche weiter hinten durch den Kopf des Schwanzkerns und den Anfang des Thalamus opticus fielen, schob sich eine erst dünne, dann rasch zu beträchtlicher Mächtigkeit anschwellende und vorzüglich aus faserreichen Spinnenzellen gebildete Schicht ein. In dieser Spinnenzellenansammlung sieht Verfasser eine Art Matrix für die beschriebenen sklerotischen Verdichtungen. In ihr fanden sich ausser den die Hauptmasse bildenden Spinnenzellen noch präexistente Ganglienzellen und markhaltige Nervenfasern in geringer Zahl, zahlreiche Rundzellen und Gefässe und zwar sowohl grössere mit verdickter Wandung, als auch weite Capillaren. Diese Spindelzellenschicht betrachtet Verfasser als eine Art Keimschicht, aus der die parallelfaserige Verdichtung mit Untergang der Nervensubstanz hervorgegangen sein soll. Die Spinnenzellen wären danach als eigentliche Fibroblasten anzusehen, und zwar wurde das neugebildete faserige Material wesentlich durch die feinen und mittelstarken Ausläufer repräsentirt, welche

Digitized by Google

allenthalben vom Rande des Zellenkörpers und aus der Spitze vieler der starken Fortsätze hervorsprossten.

Als Ausgangspunkt für den ganzen Process betrachtet *F.* die tieferen Lagen des Ependyms selbst.

Th. Rumpf, Beiträge zur pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems. — Archiv f. Psych. 16. Band, 2. Heft, Seite 410 ff.

1) Bei einem 31 Jahre alten Manne, der vor 2 Jahren einen Schanker, Hautausschlag und Halsgeschwür gehabt hatte, vor einem Jahre an Hemiplegia dextra erkrankt war und seit 6 Monaten an einer langsam fortschreitenden spastischen Lähmung des linken Beines, Lähmung der Blase und des Mastdarms litt, fand sich ausser einem alten apoplectischen Herde im linken Corpus striatum graue Degeneration des rechten und linken Rückenmarkseitenstranges, Degeneration der Goll'schen Stränge und ein entzündlicher Process im Brustmark, der fast den gesammten Querschnitt des Rückenmarks einnahm und sich von hier noch bis in die Hinterstränge des Lendenmarks erstreckte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der degenerirten Partien zeigte sich ausser starker Bindegewebsentwickelung und Schwund der Nervenfasern besonders auffallend eine hochgradige Gefässentwickelung mit Kernvermehrung. Die Gefässe selbst fielen auf durch Verminderung oder vollständigen Mangel des Lumens und ausserordentliche Verdickung der Wandungen zu Folge von Kernvermehrung. Die Veränderungen beschränkten sich jedoch nicht auf die Intima allein, sondern betrafen in ebenso hohem Grade die übrigen Gefässwände. Die Gefässwandung zeigte sich ausserdem nochmals umgeben von einer weiteren Scheide, die sich dem Kernreichthum entsprechend bald mehr, bald weniger an die Gefässwand anlegte und den Eindruck eines perivasculären Lymphraumes machte. Von hier aus erstreckt sich dann die Kernvermehrung und Bindegewebswucherung weit in das umgebende Gewebe. Nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft kann die beschriebene Gefässveränderung nicht als eine specifisch syphilitische betrachtet werden.

2) Bei einem 17 Jahre alten Menschen, der im 3. Lebensjahre in Folge einer kurzdauernden fieberhaften Krankheit von einer Lähmung der rechten Seite befallen wurde und dessen Gesicht und rechtsseitige Extremitäten in der Folge im Wachsthum beträchtlich zurückgeblieben waren, fand sich ausser Verschmälerung und Verzerrung des rechten Vorderhorns und Verkleinerung des rechten Seitenstrangs im Halsmark und oberen Brustmark noch eine nicht unbedeutende Verschmälerung der linksseitigen Centralwindungen, der linken Capsula interna und des linken Linsenkerns. Da mikroskopisch eine Differenz zwischen den Centralwindungen beider Seiten nicht gefunden wurde, so musste die Verschmälerung der erwähnten

Digitized by Google

Hirnpartien als eine Entwickelungshemmung der motorischen Hirngebiete im Anschluss an eine spinale Kinderlähmung aufgefasst werden.

3) Bei einer jungen Katze, die einen so hochgradigen taumelnden und schwankenden Gang hatte, dass sie ohne Stütze directionslos hin und her purzelte, ohne dass Lähmungen, Störungen des Sehvermögens, Erbrechen oder epileptische Anfälle beobachtet wären, zeigte sich nach dem Tode eine hochgradige Atrophie des Kleinhirns.

Oppenheim, Herm., Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. — Archiv f. Psych. ibidem Seite 476 u. ff.

O. theilt hier die Leichenbefunde bei einem an hochgradiger Bleilähmung verstorbenen Schriftgiesser mit. Ausser einem ungewönlich grünschwarzen hämorrhagischen Heerde im rechten Schläfenlappen, welcher bis an die Spitze desselben vordrang und nach innen bis zur Capsula interna reichte, sowie einer haselnussgrossen glattwandigen, mit wasserklarem Inhalt gefüllten Cyste, aussen vom Kopfe des rechten Corpus striatum fanden sich hochgradige Veränderungen verschiedener Muskeln. Rechterseits waren der Extensor digit. communis, die Extensores carpi radialis und pollicis in schwache Bänder von blassrothem oder weissgelbem Aussehen verwandelt und sahen auf dem Querschnitt wie fettdurchsetztes Bindegewebe aus; weniger stark verändert erschienen der Supinator longus, der Abductor pollicis longus. Linkerseits waren nur der Extensor digitorum communis und die Extensores carpi radiales in höherem Grade ergriffen. An den unteren Extremitäten erschienen die Gastrocnaemii und Solei beiderseits bei wohlerhaltenem oder sogar vermehrtem Volumen wie in eine Fettmasse verwandelt, während die Streckmusculatur beträchtlich verschmälert, aber noch blassroth gefärbt und nur von weissgelben Streifen durchzogen sich zeigte. Am Oberschenkel erschien rechts das ganze Gebiet des Quadriceps und der Adductoren in hohem Grade degenerirt. Bei der mikroskopischen Untersuchung der entarteten Musculatur zeigte es sich, dass die am meisten degenerirten Stellen nur aus grossen Fettzellen bestanden, die durch ein spärliches, kernreiches Fasergerüst von einander geschieden wurden; in den noch blassroth gefärbten Stellen fand man noch Muskelfasern im Stadium vorgeschrittenen Zerfalls. An diesen war von Quer- und Längsstreifung Nichts mehr zu entdecken, aber der kernreiche Sarcolemmschlauch enthielt noch an einzelnen Stellen eine körnige, klumpige, gelbgefärbte, mit Carmin intensiv roth sich färbende Masse.

Bei der Untersuchung des Rückenmarks fanden sich im Halsmarke hochgradige Anomalien der grauen Substanz, insbesondere der Vorderhörner, die sich als Verarmung der Vorderhörner an Ganglienzellen darstellten. In den am stärksten betroffenen Partien sah man gar keine oder nur vereinzelte Ganglienzellen, während die als dichtes Netz- und Fasergewebe sich darstellende Grundsubstanz sehr wenig Nervenfaser, dagegen sehr viel ver-

Digitized by Google

dickte Gefässe, Nester von Spinnenzellen und zahlreiche kugelförmige Gebilde enthielt, die grösser waren als die Gliakerne; an einzelnen Stellen fanden sich auch Haufen extravasirter Blutkörperchen. Das rechte Vorderhirn war stärker degenerirt als das linke. Im Brustmark war die Veränderung weniger hochgradig, im Lendenmark aber wieder so bedeutend, dass nur in dem nach dem Sulcus longitudinalis anter. hinschauenden Theile der Vorderhornspitze noch eine kleine Gruppe gut beschaffener Ganglienzellen sich fand.

In den Nn. radiales, N. medianus dexter, sowie N. peroneus und tibialis posticus fanden sich ganz ähnliche Veränderungen, wie solche von anderen Autoren bereits im Radialis der an Bleilähmung zu Grunde Gegangenen gefunden und beschrieben sind.

Althaus, Jul., Ein Fall von syphilitischen (?) Geschwülsten der Gehirnhäute. — ibid. Seite 541 u. ff.

Bei einem 14jährigen, von gesunden Eltern stammenden Mädchen, bei welchem zuerst vor etwa einem halben Jahre leichte Lähmungserscheinungen in der linken Körperhälfte mit allmälig sich steigernder Hyperästhesie beobachtet wurden, denen sich zuletzt ein comatöser Zustand hinzugesellte, fanden sich ausser Verdickung und Trübung der weichen Hirnhäute und Verwachsung derselben mit der Hirnrinde, die Hirnhäute dicht besetzt mit einer Menge knotiger, graugelblicher Geschwülste, die eine ziemlich feste Consistenz hatten und deren Durchmesser von einem halben zu zwei Millimeter variirte. Viele davon waren zu grösseren knotenartigen Massen zusammengruppirt; sie durchsetzten die Pia und waren den Gefässen entlang in ihren Maschen enthalten. Die Gefässe waren getrübt und verdickt und zuweilen von einer Anzahl dieser kleinen Geschwülste dicht besetzt. Die knotenartigen Auswüchse von den Gefässen liessen sich in seltenen Fällen in die Hirnrinde und die darunter liegende Marksubstanz verfolgen. Sie waren mikroskopisch sowohl wie makroskopisch identisch mit syphilitischen Gummata (Weshalb? der Ref.). Jede Geschwulst war um ein Blutgefäss herum arrangirt und zeigte auf dem Querschnitt das Lumen des Gefässes bedeutend verringert durch die Verdickung der inneren Haut und die Anwesenheit einer grossen Anhäufung kleiner runder Zellen mit spindelartigen Bildungen. Die Adventitia (! der Ref.) war gleichfalls von einer ähnlichen Bildung kleiner Zellen infiltrirt.

(Weshalb sollen diese Neubildungen specifisch-syphilitischer Art sein, da an dem 14jährigen Individuum, das von gesunden Eltern stammte und 10 gesunde Geschwister hatte, Symptome von Syphilis nicht beobachtet wurden? Die ungewöhnliche Entwickelung der Mammae genügte doch dazu gewiss nicht. Das Fehlen von Lungentuberculose spricht ebenfalls nicht gegen die Annahme, dass die Geschwülstchen miliare Tuberkel gewesen seien! Der Ref.)

Digitized by Google

Hebold, Otto, **Casuistische Mittheilungen. — ibid. Seite 547 u. ff.**

1) Bei einer 71jährigen Frau, welche vor $1^1/_2$ Jahren einen apoplectischen Anfall mit folgender Gedächtnissschwäche und rechtsseitigen Motilitätsstörungen erlitten hatte, vor 6 Monaten von einer zweiten Apoplexie mit rechtsseitiger Lähmung und nachhaltiger Aphasie befallen und vor 10 Tagen von einem neuen apoplectischen Anfall heimgesucht war, fand sich im linken Thalamus opticus eine kirschkerngrosse graubraune Erweichung, im vorderen Theile des linken Gyrus fornicatus eine linsengrosse Cyste und in der linken Insel ein kirschgrosser, graurother Erweichungsheerd, der noch eine erbsengrosse Stelle der weichen Substanz der dritten Stirnwindung in Mitleidenschaft gezogen hatte. Ausserdem zeigte die Dura linkerseits ein Hämatom.

2) Bei der Autopsie einer 73jährigen Frau, die im Leben folgende Erscheinungen gezeigt hatte: vor $1^1/_2$ Jahren Auftreten von Gedächtnissschwäche, seit $^3/_4$ Jahren steifer Gang und Schmerzen in den Knieen, Incontinentia urinae, Kopfschmerzen, Hallucinationen, eigenthümliche Kopfhaltung und zuletzt Schlaftrunkenheit — wurde im rechten Stirnlappen des Gehirns ein apfelgrosser Tumor von derber Consistenz gefunden, der sich durch den Falx der Dura bis in den linken Stirnlappen hinüberdrängte. Mikroskopisch erwies der Tumor sich als ein Sarcom.

Ingels, B. G., **Ein Fall von Entwicklungshemmung des Kleinhirns bei einem Geisteskranken. — Bulletin de la société de Médecine mentale de Belgique. Heft 4, 1884.**

Bei einem lange Jahre hindurch in der Anstalt als Gartenarbeiter beschäftigten Geisteskranken, von dem man sagte, dass er an epileptischen Anfällen litt, deren Auftreten aber Niemand näher beobachtet hatte, traten etwa 8 Tage vor seinem Tode heftige Schwindelgefühle und später eine Anzahl kurz dauernder heftiger epileptischer Anfälle auf, die in der letzten Zeit vor dem Tode in grosser Zahl ununterbrochen einander folgten. Bei der Section fanden sich am Gehirn und seinen Häuten keine Abnormitäten; dagegen erschien das Kleinhirn auffallend klein. Sein Grössenverhältniss im Vergleich zu dem des Grosshirns betrug etwa 1 : 20, während es normaler Weise hätte 1 : 7 oder 8 betragen sollen. Nahezu von normaler Grösse war nur der Oberwurm.

Digitized by Google

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Referent: Pelman-Grafenberg.

***Bailleur,* Ein Fall von Melancholie mit Mord- und Selbstmordtrieb. — Amer. J. of Ins. Jan. 1885.**

Es handelte sich um eine unverheirathete Frau von 54 Jahren, ohne erbliche Anlage. Dieselbe kränkelt seit mehreren Monaten, schläft nicht, hat keinen Appetit, wird deprimirt und ergeht sich in Selbstanklagen. Sie gibt in Briefen über ihren Zustand Auskunft. Allmälig entwickelt sich bei ihr ein Versündigungswahn, sie erklärt, sie habe keinen Glauben mehr und freue sich, wenn sie sehe, dass Andere von ihrem Glauben abfielen. Sie sucht ihre Umgebung von der Wahrheit ihrer melancholischen Klagen zu überzeugen. Bei der Aufnahme in die Anstalt war sie sehr elend, hinfällig, schlaflos. Sie gab an, der Teufel habe ihr befohlen, einen ihrer Schlafgenossen zu tödten. In einem Briefe äusserte sie, sie sei ein Kind des Teufels und müsse seine Befehle ausführen. Sie wurde von der fürchterlichsten Angst gepeinigt, erklärte, der Teufel könne ihr befehlen, diesen oder jenen zu tödten, bat daher, sie zu beschränken und zu isoliren. Sie verschrieb dem Teufel die Seelen ihrer Verwandten, wenn er sie nicht so entsetzlich quäle. Bisher waren keine Hallucinationen beobachtet worden. Bald darauf machte sie einen Mord- und Selbstmordversuch. In einem Briefe gab sie Sinnestäuschungen zu: sie höre Geräusche, Sturm, Lärm, sehe die Embleme des Satans, wechselnde Bilder, Dunst, Rauch und dergl. Im weiteren Verlaufe der Beobachtung kamen ausgedehnte Hallucinationen und Visionen, sowie Täuschungen des Geruchs zur Erscheinung: die Kranke verweigerte die Nahrung, hielt sich Augen und Ohren zu, um nicht das Schreckliche zu vernehmen. Die Kräfte nahmen ab und unter Nachlass der melancholischen Spannung erfolgte der Tod nach dreimonatlichem Anstaltsaufenthalt. Section wurde nicht gemacht. — Der Fall dürfte dem asthenischen acuten Delirium zuzuschreiben sein (Ref.).

***Deecke,* Primäre und originäre Verrücktheit. — American J. of ins. April 1885.**

Historische Untersuchung über die primäre Verrücktheit. Verf. vertheidigt im Englischen dafür die Bezeichnung „chronische Manie", eine recht unglückliche Wahl, da es sich weder um eine secundäre = chronische Krankheit, noch um eine Manie handelt.

***Granger,* Monomanie. — Americ. J. of ins. April 1885.**

Die ziemlich schülerhafte Arbeit enthält die Ansichten der verschiedenen Autoren von *Esquirol* bis *Krafft-Ebing* über die unglückselige Be-

Digitized by Google

zeichnung „Monomanie", für uns Deutsche ohne jeden Werth und auch ohne Verständniss.

***Tanzi* und *Riva*, Paranoia. — Riv. spir. di fren. H. 4. — Forts.**

Beim Studium der Paranoia hat man auf 3 Punkte die Aufmerksamkeit zu lenken, auf den Ursprung, Verlauf und Ausgang. Der Ursprung kann sein 1) originär, 2) erworben. Die originäre Form ist zuerst von *Sander* aufgestellt und beschrieben worden; die erworbene Form wird unterschieden in eine solche der Postpubertät, des Climacteriums und in eine Form, die unabhängig ist von bestimmten Phasen, einfach erworben. Da jedoch alle Formen (originär und erworben) auf erbliche Anlage zurückzuführen sind, so ist die Disposition mehr oder weniger eine angeborene und der Unterschied ist mehr ein gradueller, wie ein grundsätzlicher. — Der Verlauf ist gleichmässig oder wechselnd. Der gleichmässige Verlauf zerfällt in einen gl. ununterbrochenen, gl. remittirenden und gl. mit Exacerbationen. Dieselben drei Phasen kann man für den wechselnden Verlauf annehmen. Der Ausgang hat nichts Besonderes. Meist entwickelt sich wie im Verlaufe aller anderen Geistesstörungen ein gewisser Schwächezustand, der jedoch nicht in die höheren Grade des Blödsinns übergeht.

Verf. führt eine Reihe von statistischen Tafeln an (9), wonach er unter 729 Kranken 103 Verrückte constatiren konnte = 13,6 pCt. Er fasst die Resultate dieser statistischen Zusammenstellung in folgende Sätze zusammen:

1. Die Paranoia nimmt einen bedeutenden Posten unter den Geistesstörungen ein, wenn auch nicht einen so bedeutenden, wie es von vornherein den Anschein hat.
2. Die Verschiedeheit des Antheiles beider Geschlechter und die geringere Anzahl paranoischer Frauen beruht weniger auf einer Verschiedenheit der Prädisposition, als auf anderen Verhältnissen. Es kommen hier besonders die späteren Erkrankungen der Frauen in der Menopause in Betracht.
3. Die Paranoia ist vorzugsweise degenerativer Natur.
4. Sie ist vorzugsweise chronisch.
5. Sie hat eine langsame Entwickelung und die Kranken verweilen daher lange in der Anstalt.
6. Der Verlauf ist nicht immer gleichmässig, daher auch das systematische Delirium keineswegs als unveränderliches und beständiges Symptom anzusehen ist.
7. Die Symptomatologie ist sehr wechselnd, wenngleich sich der Wechsel in langen Zwischenräumen vollzieht.
8. Besonders häufig ist ein Verschwinden des Deliriums oder sein spätes Eintreten.
9. Die Häufigkeit der Hallucinationen und die Art und Weise ihres Auftretens bestätigen die Ansicht über die Entstehung der Paranoia.

Digitized by Google

***Roger*, Fall von Zweifelsucht. — l'Encéph. No. 1.**

Eugenie T., hereditär belastet, schwächlich, erkrankt im 15. Lebensjahre an einem Fieber und hat seit dieser Zeit allerhand Klagen über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit. Sie ist unlustig zur Arbeit und verdriesslich. Ein Jahr später acquirirte sie einen Typhus. Am 8. Tage der Erkrankung stellen sich ängstliche Vorstellungen ein, sie glaubte ihre Mutter nicht mehr lieben zu können, fürchtet, sie könne ihr einmal ein Leid zufügen u. s. f. Mit Nachlass des Fiebers trat keine Besserung der psychischen Erscheinungen ein. Im Gegentheil, die Kranke wurde anhaltend von schreckhaften Vorstellungen gepeinigt. Sie war ständig gezwungen, an Verbrechen, Mord und Brandstiftung zu denken, sie konnte kein Messer sehen, ohne hiermit die Vorstellung des Stechens zu verbinden, keine Flasche, ohne dass sich ihr der Gedanke aufdrängte, dass dieselbe Gift enthalte. Sie besuchte ihre Verwandten und sofort kam ihr die Idee, dass sie denselben ein Leid zufügen könnte. Berührungsfurcht, Sinnestäuschungen wurden nicht beobachtet, ebenso wenig Störungen der Intelligenz. Die Kranke befindet sich zur Zeit in der Anstalt, es ist etwas Besserung eingetreten, doch erscheint die Prognose ungünstig.

***Wille*, Ueber inducirtes Irresein. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 10.**

Die Wirkungsweise psychischer Ursachen bei der Entstehung von Psychosen ist eine zweifache: die Störung kommt zu Stande 1) durch Vermittlung von Gemüthserregungen und 2) durch Vermittlung von Vorstellungen. Die auf letzterem Wege entstandene Psychose nennt man inducirtes Irresein. Verf. theilt in Kürze 4 solche Beobachtungen mit und geht dann näher auf die Pathogenese ein. Er constatirt, dass zunächst eine gewisse Beanlagung zur geistigen Erkrankung nothwendig ist, um in dieser speciellen Weise erkranken zu können, dass diese Beanlagung theils in blutsverwandten Verhältnissen, im Alter und Geschlecht der Befallenen, theils in einer ererbten oder angeborenen, familiaren oder individuellen Neigung zur geistigen Erkrankung liege. Wenn dieses Moment nicht stattfindet, so muss die einwirkende Schädlichkeit von aussergewöhnlicher Heftigkeit sein. Die Gelegenheitsursachen bilden Zustände des Affectes, welche durch die in der Familie auftretende Geistesstörung hervorgerufen werden, ferner Schädlichkeiten wie sie durch Störungen des Schlafes, der Ernährung, durch körperliche Ermüdung, Noth und Ueberanstrengung gegeben sind. Die psychologischen Vorgänge, welche bei der Entstehung der Erkrankung sich geltend machen, beruhen auf Intuition oder Induction und finden ihr Analogon in gewissen Zuständen im Nerven- und Geistesleben der einzelnen Menschen, wie ganzer Völker. Es sei nur an die leichte Mittheilbarkeit gewisser Reflexvorgänge (Gähnen, Husten, Lachen, Weinen etc.), Nervenkrankheiten (Chorea, Epilepsie, Hysterie) erinnert, sowie darauf hingewiesen, wie gewisse Verbrechen, der Selbstmorddrang,

Digitized by Google

eigenartige Strebungen religiösen oder politischen Inhalts sich in der Geschichte der Völker wiederholen und sich über grössere Bezirke verbreiten.

Man unterscheidet ein echtes und ein unechtes inducirtes Irresein. Bei den ersteren (Folie simultanée) sind die secundären Erkrankungen den primären in ihrer Erscheinungsweise möglichst gleich, bei dem letzteren (Folie communiquée) fehlt diese Uebereinstimmung. Kommt es nur zu einer theilweisen Uebertragung der Krankheit von einem auf den anderen, wobei die zuletzt Befallenen zwar die krankhaften Aeusserungen und oft auch Handlungen der zuerst Erkrankten nachsprechen und nachmachen, ohne aber im Uebrigen die Erscheinungen einer ausgesprochenen Geisteskrankheit darzubieten, so sprechen wir von einer Folie imposée.

Dr. ***Donkersloot***, Selten vorkommende Angst- oder Zwangsvorstellungen. — Psychiatrische Bladen III. 1.

Bringt neben zwei nur kurz skizzirten Fällen eigener Beobachtung ein eingehendes Referat über einen 1882 in der allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie publicirten Fall von Gynäkophobie, und erklärt als „den Grundcharakter dieses Leidens ein hypochondrischem Boden entsprossenes Angstgefühl". *Kurella.*

Everts, Behandlung der Geistesstörungen. — Ein Vortrag. — Philadelphia 1884.

E. entwickelt in diesem Vortrage seine Ansichten über die Behandlung von Geisteskranken auf Grund einer 40jährigen Praxis, von der er 15 Jahre als Irrenarzt fungirte. Er verfährt in grossen und kühnen Zügen und wendet sich mit aller Entschiedenheit gegen Vorurtheile und Modeansichten. Die Behandlung der Geisteskranken beschränkt sich eigentlich auf die Behandlung der Heilbaren. Die Hauptsache ist und bleibt die Anstalt und zwar wirkt hier nicht die Persönlichkeit des Anstaltsarztes, nicht sein besseres Wissen und Können, sondern hauptsächlich der — Restraint, die Gewöhnung an Ordnung und Regelmässigkeit und die Entwöhnung von Schädlichkeiten und Unregelmässigkeiten. Dieser Restraint zerfällt in einen moralischen, mechanischen und chemischen. Der erstere kommt selbstverständlich überall und vorzugsweise zur Geltung, er wirkt überall und beständig und muss sich in Ruhe und Gleichmässigkeit geltend machen. Seine Hauptmittel sind Belohnung und Strafe. Der mechanische Restraint ist arg in Misscredit, aber die Befürchtung des möglichen Missbrauches kann keinen Grund abgeben, den Gebrauch ganz zu verwerfen. Verf. zieht das „Sicherheitsbett" allen anderen Arten von mechanischem Restraint vor. Indessen sei auch jeder andere mechanische Restraint besser als — Wärterfäuste. Speciell wendet er sich gegen die Ansicht, als ob in der Beschränkung übermässig gesteigerter Bewegung an sich eine Gefahr und ein therapeutischer Fehler läge.

Bei dem chemischen Restraint kommen in Betracht: Opium, Chloral,

Digitized by Google

Alkohol, Hyoscyamin, Conium, Cannabis indica und die Brompräparate. Welches man anwendet, immer muss die Dosis hinreichend sein, um den Zweck zu erzielen, den man erreichen will. Man mag gegen sie vorbringen, was man will, das eine steht fest, dass ohne sie und speciell ohne Opium eine Behandlung der Geisteskranken gar nicht möglich ist.

Das klinische Bild einer Geisteskrankheit, bei welcher Restraint erforderlich ist, setzt sich aus folgenden Momenten zusammen: 1) Anhaltende und übertriebene Muskelaction, wodurch Erschöpfung droht. 2) Ausbrüche von Heftigkeit, welche die eigene Person und andere gefährden. 3) Entkleidung und Entblössung. 4) Selbstmordmissbrauch, sexuell oder verstümmelnd. 5) Zerstörungssucht. 6) Schlaflosigkeit und somnambule Zustände. 2—6 erfordern chemischen Restraint, alle anderen Zustände werden, wenn der moralische Restraint im Stiche lässt, am besten mit mechanischem Restraint behandelt.

Soweit die specifische Behandlung. Alle andere Behandlung wird nach denselben Grundsätzen zu verfahren haben, welche bei Geistesgesunden in Anwendung gezogen wird. Vor Allem hat man auf die Ernährung sein Augenmerk zu lenken und bei vorhandenen Schwächezuständen roborirend und tonisirend zu verfahren. Verf. spricht hier als erfahrener und sehr verständiger Practiker und seine Winke über „kleine Dinge" sind sehr beherzigenswerth. Nichts ist „unbedeutend" bei der Behandlung von Geisteskranken und sie dem Wartpersonale zu überlassen und nach allgemeinen Principien über einen Kamm zu scheeren ist durchaus verkehrt.

Silvio und *Raffaele*, Heilung von Geistesstörung durch Einspritzung hoher Dosen Morphium. — Il Manicom. No. 1.

Die Verff. halten es für „eine sehr verdienstliche Handlung", ihre Erfahrungen mitzutheilen. Auf Grund der Autorität *Voisin*'s haben sie sich seit 1882 mit Morphiuminjectionen beschäftigt und ihrer Ansicht nach sehr günstige Resultate erzielt. Sie theilen 12 Fälle mit, 8 Manie, von denen 6 geheilt worden, 4 Melancholie, von denen 3 in Genesung übergingen. Hierunter mehrere Zustände von Melancholia cum stupore. Die Verff. beginnen mit 0,02 und steigen bis 0,06 4 mal tägl. und mehr, bis 0,32 pro die. Dabei wird mehrmals erwähnt, dass der Appetit besser wurde, Congestion war kein Hinderungsgrund, ebensowenig Intoleranz gegen Morphium. Die Kranken gewöhnten sich bald an das Mittel. Die Besserung trat oft erst nach 30—35tägiger Behandlung und nach den grösseren Dosen ein. Nachtheile wurden nicht beobachtet. — Forts. folgt.

Dr. *Coran*, Ein Fall von Verrücktheit, durch Abdominaltyphus gebessert. — Psychiatr. Bladen III. 1.

Am 27. Februar wird ein angeblich seit zwei Monaten kranker, 48jähriger Mann in die Dordrechter Anstalt aufgenommen. Es schien eine primäre Verrücktheit vorzuliegen. Am 10. April desselben Jahres erkrankt

Digitized by Google

der Patient an Fieber, es wird nach einigen Tagen Abdominaltyphus constatirt. Am 20. war der Kranke „ganz frei von seinen früheren Wahnvorstellungen". Der Typhus verlief unter Kaltwasserbehandlung günstig. Während des ganzen Verlaufs blieb der Kranke „sozusagen ein normaler Mensch", und ist es seitdem geblieben. Verfasser hält die Vermuthung einer specifischen Wirkung des Typhusgiftes auf das Centrum für zulässig.

Kurella.

---

7. Periodische und circuläre Psychosen.

Vacat.

---

8. Progressive Paralyse und Psychosen mit Syphilis. Referent: Kirn-Freiburg.

Kiernan **(Chicago), Dementia paralytica. (Ist es eine Psychose, eine Neuro-Psychose oder eine Complication der Psychosen?) — The Alienist and Neurologist, Januar u. April.**

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, in einer Reihe fortlaufender Artikel die Geschichte, Symptomatologie, Aetiologie und Pathologie der Dementia paralytica der Betrachtung zu unterziehen.

Im Januar-Artikel — Besprechung der Aetiologie:

Unter 34 Fällen mit genau gekannter Vorgeschichte gingen in 16 deprimirende Ursachen voraus und zwar Ataxie locomotrice und Lues je 4 mal, Epilepsie, Myelitis, Paranoia, Dementia senilis und Eisenbahnunglück je 1 mal, Klimacterium 3 mal. Dabei bestand stets deprimirte Stimmung bei den Ataktischen, dagegen bald Depression, bald Exaltation bei den Luëtischen.

Der April-Artikel handelt von den Wahnvorstellungen und Delirien der Paralytiker — mit Anführung zahlreicher Citate. Wir finden hier nur Bekanntes — wie die Besprechung des Grössenwahns; dann die Betonung des Schwächecharakters der Delirien, sie sind vage, unzusammenhängend, wechselnd und widersprechend.

Gennaeo Caruso **(di Nocera), Beitrag zum Studium der depressiven Form der allgemeinen Paralyse. — Il Manicomio. No. 1.**

Verf. schildert in diesem Aufsatze sehr eingehend 2 Krankheitsfälle und erörtert in gründlicher Weise ihre Beziehungen zur allgemeinen Paralyse.

Digitized by Google

1. Beobachtung. D'A., 47 J. alter Böttcher, nicht erblich veranlagt, ausschliesslich seiner Arbeit lebend. Vor $2^1/_2$ Jahren durch einen Familienverlust begründete Depression, bald darauf Verfolgungswahn.

Status bei der Aufnahme in die Anstalt: Gut gebauter Schädel, kräftige Constitution, lymphatisches Temperament. Gesunde Körperorgane: Puls und Temperatur normal. Muskelsystem im Allgemeinen gut, nur rechts schwächere Innervation des Facialis und leichte Ptosis; die schwere Zunge zeigt fibrilläres Erzittern. Sensibilität normal, Sehnenreflexe erhalten. Sprache gehemmt, skandirend und schleppend. Gehör und Geschmack gut, Geruch namentlich rechts verloren, Gesicht ziemlich gut, rechte Pupille erweitert und nur langsam auf Licht reagirend. Elektrisches Verhalten normal.

In der Anstalt: andauernde Aufregung. Verfolgungswahn mit Verworrenheit. Unbekümmertsein um seine Lage. Appetit und Schlaf gut. Bleiches Gesicht mit bläulichen Wangen, niedergeschlagenen Augen; etwas stumpfsinnige Physiognomie.

Im weiteren Verlaufe werden die Aufregungen seltener, die geistige Schwäche nimmt zu, so dass D'A. nicht mehr seine eigenen Eltern erkennt, auf Fragen nicht mehr antwortet, seinen Koth in den Mund steckt. Das Anstossen beim Sprechen steigert sich. Schliesslich Decubitus über dem Kreuzbein, Erschöpfungstod nach dreimonatlichem Anstaltsaufenthalt.

Die Epikrise bespricht die Krankheitssymptome in erschöpfender Weise. Die Aenderung des Charakters und des Gefühls, die fortschreitende Abnahme des Gedächtnisses und der ganzen Intelligenz mit dem von Anfang an mit Schwäche gepaarten Verfolgungswahn müssen auf eine Herabsetzung der Function der centralen nervösen Elemente und zwar — in Anbetracht ihres fortschreitenden Charakters — auf eine tiefe Störung der Ganglien der vorderen Hirnrinde, auf eine Degeneration des Stirnlappens zurückgeführt werden. Die Gehörshallucinationen beruhen auf Störungen im Sinnhirn; die psychische Sprachstörung hängt von einer Erkrankung des Vorderhirns, die articulatorische von einer solchen an der Gehirnbasis oder dem verlängerten Marke ab; die Asymmetrie der Pupillen von lähmenden Einflüssen auf die N. oculomotorii.

Alle Krankheitserscheinungen lassen sich hiernach unschwer zurückführen auf eine chronische degenerirende Periencephalitis der Stirnlappen und gewisser Theile der Gehirnbasis. Diese Veränderungen sind für die Dementia paralytica charakteristisch, um die es sich auch hier handeln muss und zwar um die melancholische Form derselben. Der Grössenwahn wird durch den Verfolgungswahn substituirt, während die charakteristische fortschreitende psychische Schwäche seit Beginn der Erkrankung hervortritt.

Die Autopsie hat die Diagnose bestätigt: Pia mater mit den vorderen Stirnwindungen verwachsen und daselbst verdickt, ebenso an den Lobi temporales; Corticalis an den betreffenden Stellen erweicht. Clavi olfactorii adhärent. Beide N. oculomotorii mit Auflagerungen des Circulus

Digitized by Google

Willisi verwachsen. Seitenventrikel erweitert. Marksubstanz blutarm. — Durch das Mikroskop wurden in den erkrankten Theilen der Corticalis Degenerationen der Gefässe und Ganglienzellen nachgewiesen.

2. Beobachtung. S. F., 38 J. alter Handelsmann, verheirathet mit der Wittwe seines Bruders, welche von diesem syphilitisch inficirt war, erkrankt selbst bald nach Eheschluss, im November 1883, an einem verdächtigen Exanthem. Gleichzeitig wurde der impressionable Mensch, der den ganzen Tag arbeitete und zu wenig schlief, reizbar und heftig. Anfälle von Stirnkopfschmerz, mit Krämpfen in den Gliedern, Verworrenheit, Schlaflosigkeit, gefolgt von allgemeiner Abspannung. Nach 3 weiteren Monaten tiefere Bewusstseinsstörung; Aufnahme in die Anstalt.

Kräftige Constitution, etwas gesunkene Ernährung, normaler Schädel. Gastrische Störungen bei guter Esslust. Gute Sensibilität, erhaltene Haut- und Sehnenreflexe, normales elektrisches Verhalten. Rechte Pupille doppelt so weit als die linke, nur träge reagirend. Motilität im Allgemeinen gut, nur leichte Parese der rechtsseitigen Gesichtsmuskeln und fibrilläres Erzittern der Zunge, sowie anstossende Sprache.

Patient, von schreckhaftem Blicke, sehr erregbar, litt an Verfolgungsdelir mit starker Bewusstseinsstörung; er war unfähig, den einfachsten Brief zu schreiben. Antisyphilitische Behandlung — ohne Erfolg.

Nach einmonatlichem Aufenthalt wurde S. F. mehr beruhigt, aber sonst unverändert, von den Angehörigen wieder aus der Anstalt genommen.

Die Epikrise weist zunächst aus den Erscheinungen der mit Verfolgungswahn verbundenen fortschreitenden geistigen Abschwächung und den Zuständen tiefer Störung des Bewusstseins in Verbindung mit Kopfschmerz, Schlaflosigkeit und paretischem Verhalten von Hirnnerven die Existenz einer schweren organischen Läsion des Gehirns nach. Diese muss wie im ersten Falle die Gehirnbasis und den vorderen Theil der Stirnlappen betreffen. Sie wird, weil die antisyphilitische Behandlung erfolglos war, wohl nicht als Gehirnsyphilis angesprochen werden dürfen (? R.).

In beiden geschilderten Fällen handle es sich um Dementia paralytica mit melancholischem Delirium, bei welchen die Periencephalitis auf die Gehirnbasis und den vorderen Theil der Stirnlappen beschränkt blieb (im ersten Falle autoptisch nachgewiesen).

Auf Grund dieser eigenen und fremden Beobachtung (namentlich der Arbeit des Dr. *Mairet* über die „Démence melancolique") kommt Verf. zu dem Schlusse, dass neben der gewöhnlichen Form der Dementia paralytica, welche wegen ihrer in diffuser Weise fortschreitenden Ausbreitung mit Recht „allgemeine" Paralyse genannt werde, zuweilen eine andere Form des paralytischen Blödsinns auftrete, welche anatomisch streng localisirt sei auf gewisse Theile der Gehirnbasis, der Lobi temporo-parietales und der vorderen Stirnwindungen. Bei dieser Form trete kein Grössenwahn, sondern ein melancholisches Delirium auf und bleiben die motorischen Störungen beschränkt. Verf. empfiehlt analoge Krankheitszustände einer weiteren eingehenden Ergründung.

Digitized by Google

Carrier (Lyon), Visceral-Erkrankungen als Complication der allgemeinen Paralyse. — Annal. med. psychol. No. 2.

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf Complicationen der allgemeinen Paralyse, welche nicht in den nervösen Centralorganen ihren Sitz haben und bis jetzt nicht beschrieben, höchstens angedeutet wurden: sie seien unter Umständen sehr bedeutungsvoll und deshalb wohl der Aufmerksamkeit werth. Zwei Krankheitsbeobachtungen liegen der Arbeit zu Grunde.

Fall 1 stellt eine allgemeine Paralyse in depressiver Form dar. Melancholisches Delirium, zahlreiche Hallucinationen, Wahn der Unwürdigkeit, der Verfolgung, des Beherrschtseins vom Teufel, Panphobie, Antrieb zum Selbstmord. Rasch fortschreitende psychische Abschwächung. Charakteristische Motilitätsstörungen. Congestive Phänomene in Lungen und Nieren. Polyurie. Sitophobie. Rasches Sinken der Ernährung. Tod nach viermonatlicher Krankheitsdauer. Keine Autopsie.

Fall 2 — gleichfalls depressive Form der allgemeinen Paralyse. Ausgesprochenes hypochondrisches Delirium, Mikromanie, Panphobie, Blödsinn. Charakteristische Störungen der Bewegung. Congestive Erscheinungen in den Lungen und Nieren. Nahrungsverweigerung mit rapider Abzehrung. Tod nach 3wöchentlichem Anstaltsaufenthalt (Krankheitsdauer unbekannt). Die Autopsie ergab auffällige Gehirnatrophie, weit verbreitete chronische Meningitis mit fester Verwachsung an der Hirnrinde, kleine Gefässextravasationen in den Hirnhäuten. Erweiterung der Seitenventrikel. Degeneration der Corticalis am meisten ausgesprochen in der Höhe der dritten linken Stirnwindung, welche mikroskopisch in der Neuroglia und den Ganglienzellen nachgewiesen wird. Im Bulbus und Medulla spinalis keine makroskopischen Veränderungen. Die ganze rechte Lunge hochgradig hyperämisch, die linke nur im Oberlappen und in geringerem Grade. Leber blutreich. Beide Nieren im Zustande intensiver Congestion.

In beiden, ganz analogen Fällen, handelt es sich um die melancholische Form der allgemeinen Paralyse mit rapidem Verlaufe — bei beiden treten hochgradige Congestivzustände in Lungen und Nieren hervor, nur ohne erhebliche Temperaturerhöhung, somit nicht entzündlicher Natur.

Verf. führt diese Zustände als wahrscheinlich zurück auf eine Action des grossen Sympathicus, welcher alle vasomotorischen Nerven des Körpers beherrscht; es handle sich hier wie bei anderen Erscheinungen der Paralyse um Folgen vasomotorischer Lähmung. Auch die Polyurie wird direct auf vasomotorische Einflüsse zurückgeführt.

Verf. ist geneigt, der Erkrankung des Sympathicus eine bedeutende Rolle bei der allgemeinen Paralyse zuzuschreiben. Er hält die Veränderungen im Sympathicus zwar nicht, wie andere Autoren, für das wesentliche Substrat derselben, wohl aber für constant als secundäre Phänomene oder als Complicationen. Sie stehen mit der primären Gehirnerkrankung in directer anatomischer Beziehung; wahrscheinlich seien vasomotorische Centren in der Nähe der Rolando'schen Furchen vorhanden, welche gleich-

Digitized by Google

zeitig mit diesen erkranken. Diese Auffassung erklärt gleichzeitig am besten die allgemeinen Ernährungsstörungen der Paralytiker.

Verf. schlägt für diese Centren die Bezeichnung „psycho-vegetative" vor und glaubt, dass ihre Affection auch das meist gleichzeitig vorhandene melancholische und namentlich hypochondrische Delirium erklären könne.

W. Crump Beatley **(Wells), Allgemeine Paralyse der Irren. Eine Studie der Sehnenreflexe und der pathologischen Veränderungen des Rückenmarks. — Brain, April.**

Verf. studirte die Sehnenreflexe in 65 Fällen allgemeiner Paralyse, des Näheren 1) das Verhalten der Reflexe im Allgemeinen, 2) die Beziehungen der Reflexe zu den anderen klinischen Symptomen, 3) die vergleichende Betrachtung der nach dem Tode vorgefundenen Veränderungen im Rückenmark mit den im Leben beobachteten Reflexverhältnissen.

Das Kniephänomen war normal in 11, leicht gesteigert in 8, entschieden gesteigert in 18, vermindert in 5, fehlend in 18 Fällen; in 5 auf beiden Seiten verschieden. Das Fussphänomen war 47 mal abwesend, 17 mal vorhanden. Von den 18 Fällen mit entschieden gesteigertem Kniereflex hatten 16 auch Fussclonus.

In den Fällen mit erloschenem Knie- und Fussreflexe war oft von den für die Paralyse charakteristischen Erscheinungen die mit Grössenwahn verbundene Aufregung minder hervortretend, während der Blödsinn rascher fortschreitet bei gleichzeitiger Neigung zu paralytischen Anfällen. Die Pupillen waren zumeist ungleich, in der R. verengt (selten normal oder leicht erweitert), bei normaler Accomodation aber fehlendem Lichtreflex.

Das Fehlen der Kniephänomene legt eine Verwandtschaft der allgemeinen Paralyse zur Tabes dorsalis nahe; Verf. hat thatsächlich auch atactische Erscheinungen in solchen Fällen nachgewiesen: sie waren aber nicht sehr hervortretend und später als die psychischen Symptome eingetreten. Weiter hat *B.* auch spinale Myosis und Opticusatrophie gerade wie sie bei Tabes vorkommen, in seinen Fällen beobachtet, dagegen niemals Hauteruptionen, gastrische Krisen, Kopfschmerz, Doppeltsehen und Anästhesie cerebraler Nerven. In drei seiner Fälle konnte die im Leben diagnosticirte Sklerose der spinalen Hinterstränge durch die Autopsie nachgewiesen werden, in allen hatte das Kniephänomen gefehlt.

Steigerung der Kniereflexe, häufig mit Fussclonus verbunden, wurde in 26 von 65 Fällen festgestellt. Der Fussclonus war bald stark, bald leicht ausgesprochen und zu verschiedenen Zeiten vielfach wechselnd.

Die Fälle mit gesteigerten Reflexen waren zumeist typische Beispiele der klassischen Paralyse mit unbegrenztem Grössenwahn, grossem Rede- und Bewegungsdrange, mit hervortretender Alteration der feineren Muskelactionen. Gesteigerte Reflexe müssen nicht nothwendig auf einer Rückenmarksaffection beruhen.

Digitized by Google

Es ist keineswegs immer leicht zu bestimmen, wann die Reflexe als krankhafte aufzufassen seien, wohl aber wird die Verbindung von Fussclonus mit gesteigertem Patellarreflex den Verdacht auf eine Sklerose des Pyramidentractus lenken. An diese kann sich consecutiv eine Sklerose der Seitenstränge des Rückenmarks anschliessen.

Schliesslich stellt Verf. — nach dem Verhalten der Sehnenreflexe 3 Formen der allgemeinen Paralyse auf: 1) Die tabische Form mit Sklerose der hinteren Rückenmarksstränge. 2) Die paralytische Form mit Seitenstrangsklerose. 3) Die cerebrale Form ohne nachweisbare Rückenmarksaffection.

Rost (Monroe), **Epilepsie und Hemiplegie syphilitischen Ursprungs. — The Detroit Lancet. Februar.**

Verf. glaubt, dass Epilepsie und Hemiplegie syphilitischen Ursprungs häufig nicht genügend ätiologisch ergründet würden und dadurch die dem Leben und der Gesundheit drohenden Gefahren durch die dringend angezeigte specifische Behandlung nicht beseitigt werden könnten.

Zunächst Schilderung der bekannten Erscheinungen, auf welche sich die Diagnose der constitutionellen Syphilis zu stützen hat. Für die Differentialdiagnose der specifischen von der einfachen Epilepsie will Verf. folgende Anhaltspunkte geben: Unregelmässiges und seltenes Auftreten der Anfälle; Beginn nicht in der Kindheit, sondern im reifen Lebensalter; gruppenweiser Eintritt der Paroxysmen; Mangel des epileptischen Schreis: vorübergehende Lähmungszustände; heftige Kopfschmerzen, vor den Anfällen und in den Nächten exacerbirend.

Syphilitische Hemiplegie tritt zumeist vor dem 45. Lebensjahre ein, in der Regel plötzlich ohne Vorboten — ausser Kopfschmerzen. Die motorischen sind mehr als die sensiblen Nerven betroffen; die elektrische Erregbarkeit bleibt erhalten, die eingetretene Aphasie ist transitorisch.

Die Behandlung hat streng antisyphilitisch vorzugehen: Hydrargyrum mit Jodkalium; oder Jodkalium mit Ferrum bei Anämie. Bei Lähmungen werde die Kur unterstützt durch Inductions-Elektricität und Strychnin.

Die Schilderung eines interessanten Krankheitsfalls beleuchtet die theoretischen Erörterungen. Der nach dem ärztlichen Zeugniss mit der Prognose der Unheilbarkeit in das Hospital aufgenommene Kranke litt an convulsiven Anfällen mit aufgehobenem Bewusstsein, an Hemiplegie und Aphasie; Atrophie der gelähmten Muskeln; dunkle Hautnarben, auf dem linken Scheitelbein eine grosse eingezogene Narbe. Die Krämpfe bestanden seit 7 Jahren, heftige Kopfschmerzen seit geraumer Zeit, die Lähmung sei plötzlich vor 3 Jahren eingetreten. Jodkalium und Hydrarg. bijodat., Faradisation; später Strychnin und Ferrum. Genesung in drei Monaten.

Digitized by Google

Moravesik, **Ueber syphilitische Psychosen im Anschluss an 3 Fälle. — Pester med. chir. Presse No. 51. 1884.**

Im ersten Falle handelte es sich um eine 40jährige Frau mit tertiärer Syphilis, bei der geistige Depression, unmotivirte Furcht, Selbstanklage, geistige Hyperalgesie, Verfolgungswahnideen beobachtet wurden. Antisyphilitische Behandlung führte beträchtliche Besserung der psychischen Störungen herbei. In einem zweiten Falle bestand Melancholie, entwickelt auf syphilitischer Basis und auch hier kam es in Folge zweckentsprechender Behandlung zu wesentlicher Besserung. Der dritte Fall bezieht sich auf Dementia paralytica, wiederum bei einer Frau, die an Agrypnie, Gedächtnissschwäche, Kopfschmerzen litt und durch Jodkali so weit gebessert wurde, dass die Stimmung und das Selbstgefühl sich hoben, die Kopfschmerzen verschwanden, Schlaf sich wieder einstellte. *S.*

Bettencourt-Rodrigues, **De l'état des reflexes chez les paralytiques généraux. — L'Encéphale. No. 2.**

Die Reflexe, namentlich die Sehnenreflexe haben neuerdings mit vollem Rechte die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt, nicht allein als klinisches Symptom, sondern auch in Bezug auf den pathologisch-anatomischen Befund.

Das Verhalten dieser Phänomene ist speciell bei der allgemeinen Paralyse von der grössten Wichtigkeit, die Feststellung der betreffenden Erscheinungen aber bei den sehr complicirten und wechselvollen Verhältnissen dieser Erkrankung von grossen Schwierigkeiten umgeben. Stellt sich Degeneration der hinteren spinalen Stränge ein, so werden die Sehnenreflexe aufgehoben, bei solcher der Vorderseitenstränge gesteigert; weiter kommt das Verhalten der übrigen Theile des Rückenmarks in Betracht, endlich die bei der Paralyse so mannigfaltigen Veränderungen des Gehirns. Hierdurch wird das verschiedene Verhalten bei fast jeder klinischen Varietät bedingt, hieraus erklären sich auch die widersprechenden Mittheilungen der verschiedenen Autoren, welche Verf. referirt.

B. selbst hat seine Untersuchungen auf 68 Kranke ausgedehnt; unter diesen waren die Kniereflexe gesteigert — 43 mal, aufgehoben nur 11 mal (darunter 2 mit primärer Spinalerkrankung), in den übrigen Fällen annähernd normal. Bezüglich des psychischen Zustandes war Exaltation viel häufiger mit Steigerung der Reflexe verbunden.

Auffallender Weise wurde neben der Steigerung der Kniereflexe bei einer Anzahl Kranker gleichzeitig eine Aufhebung der Haut- und namentlich der Plantarreflexe constatirt, und zwar bestand unter 22 Fällen mit aufgehobenem Plantarphänomen bei 16 auffällig erhöhter Kniereflex; die meisten waren Fälle von kurzer Krankheitsdauer.

Verf. bezieht (nach dem Vorgange anderer Autoren) die Thatsache der gleichzeitigen Steigerung der Sehnen- und der Herabsetzung der oberflächlichen Reflexe anatomisch nicht auf das Rückenmark, sondern auf das Ge-

Digitized by Google

hirn. Er sieht in der Constatirung derselben einen wichtigen diagnostischen Fortschritt, um im ersten Stadium der cerebralen Form der allgemeinen Paralyse, bei noch fehlender Sprachstörung, aber vorhandenen Erregungserscheinungen, die zweifelhafte Diagnose zu begründen.

Verf. fordert mit Rücksicht auf seine kleinen Beobachtungszahlen zu weiteren Untersuchungen und Forschungen auf der von ihm eingeschlagenen Bahn auf.

***Descourtis*, Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement de la paralysie générale. — L'Encéphale No. 3.**

Bei der Häufigkeit und Schwere der epileptiformen und apoplectiformen Anfälle der allgemeinen Paralyse muss jeder therapeutische Erfolg denselben gegenüber willkommen geheissen werden.

Die innerliche Darreichung des Ergotin (nach *Girma*'s Vorgang) vermag wohl die Gehirnhyperämie zu bekämpfen und dadurch drohenden Anfällen vorznbeugen, sind diese aber einmal zum Ausbruch gekommen, so ist nur noch die subcutane Anwendung dieses Mittels möglich. Diese hat Verf. in sechs einschlagenden Fällen (meist 2 g pro dosi) angewandt und ist mit den Erfolgen zufrieden:

1. Ueber 40 äusserst heftige epileptiforme Anfälle während 2 Stunden bei sehr schwerem Allgemeinzustand — 12 g Ergotin in weniger als 10 Stunden. Die Convulsionen werden zum Schweigen gebracht ohne jeden allgemeinen oder örtlichen Nachtheil. Remissionszustand bei innerlichem Weitergebrauch des Ergotin.

2. Zu 5 verschiedenen Zeiträumen Zustände von Gehirncongestion mit convulsiven Erscheinungen. Durch Injection von 4—12 g Ergotin werden theils die beginnenden Anfälle im Keime erstickt, theils die völlig ausgebrochenen beseitigt.

3. Wiederholt wurden heftige und Gefahr drohende Anfallsgruppen durch Injectionen von je 6 g coupirt.

4. Ein Zustand von Tetanus in Folge intensiver Gehirncongestion wurde abortiv gehoben, so dass keine clonischen Krämpfe zum Ausbruch kamen.

5. Während 5 Tage 18 epileptiforme Anfälle — allmälige Injection von 34 g Ergotin (ohne alle üblen Folgen) — Zurücktreten der Gehirncongestion und Aufhören der Convulsionen.

6. Convulsionen im letzten Stadium einer siebenjährigen Paralyse — Minderung der Anfälle, aber Erschöpfungstod.

Verf. empfiehlt sein Verfahren als sicher und schnell wirkend und nie von üblen Zufällen gefolgt. Man solle es auch bei anderen Zuständen von Gehirnhyperämie, z. B. bei Apoplexie versuchen.

Digitized by Google

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Referent: Stark-Stephansfeld.

***Adamkiewicz*, Zur sogen. Jackson'schen Epilepsie. — Berl. klin. Wochenschrift 23 u. 24.**

Als Jackson'sche Epilepsie bezeichnet man Zuckungen, welche ohne Aufhebung des Bewusstseins in unregelmässigen Anfällen auftreten und nur eine Körperhälfte befallen. Am häufigsten sind die vom Facialis, Plexus brachialis und ischiadicus versorgten Muskeln ergriffen, die Extensoren häufiger als die Flexoren. Da der epileptische Anfall mit Tetanus beginnt, beide Körperhälften ergreift und von Bewusstseinsstörung begleitet ist, so erscheint die Bezeichnung der Jackson'schen Krämpfe als epileptische nicht zutreffend. Dieselben haben gewöhnlich als Ursache anormale Zustände im Schädel, welche auf eine pathologische Reizung der Rinde hinweisen, vor allem auf das motorische Gebiet der Centralwindungen drückenden Tumoren.

A. erzeugte diese Krämpfe experimentell. Wenn er in der motorischen Region quellende Substanzen (z. B. Laminaria) in den Schädel einlegte, so traten in der entgegengesetzten Körperhälfte Jackson'sche Convulsionen auf. Der Erfolg dieses Versuchs hängt von dem Grade des ausgeübten Druckes ab. *A.* unterscheidet 3 Grade desselben, von welchen der dritte, höchste Grad im folgenden unberücksichtigt bleibt.

Der erste Grad kommt der „Compressibilität" der Gehirnsubstanz gleich und verläuft latent. Er betrifft nur die Substanz des gedrückten Gehirntheiles und bewirkt eine dem Heerd entsprechende Abnahme des Volumens. Das Nervengewebe ist näher aneinander gerückt, gedrückt (Gewebscondensation), das Netz der Blutgefässe wird dagegen von der Compression nicht alterirt. Neben Manometer und Mikroskop beweist dies die Fortdauer der Function des gedrückten Theils. Aus der letzteren Thatsache ergibt sich auch, dass die Compression keinen Schwund des Nervengewebes bewirken kann. Es kann sich sogar im Compressionsgebiete eine Wucherung der Blutgefässe und des Nervengewebes entwickeln.

Eine Steigerung des Druckes ohne Zerstörung der Nervensubstanz hat Functionsstörungen zur Folge, welche nach Entfernung des die Compression bewirkenden Druckes wieder verschwinden. Es ist dies der zweite Grad.

Wird der Druck auf die motorische Zone der Hirnrinde ausgeübt, so treten zuerst Jackson'sche Krämpfe auf, bei Steigerung Hemi- und Paraplegien mit spastischen Erscheinungen und Sehnenzittern, zuletzt spontaner Tremor, welcher in den Tremor der Lähmung übergeht. Diese künstlichen Jackson'schen Krämpfe sind den natürlichen durchaus identisch. Der Ort für ihre Erzeugung ist der vordere Theil der Hemisphäre. Es entsteht die Frage, ob sie von der Hirnrinde aus erregt werden oder nicht. Der durch

Digitized by Google

Elektrisiren der Hirnrinde erzeugte Tetanus kann zur Entscheidung dieser Frage nicht herbeigezogen werden. Denn einmal ist er eben etwas ganz Anderes, als die in Rede stehenden Krämpfe, dann aber lassen sich beim Elektrisiren der Rinde Stromschleifen nach der Tiefe mit Sicherheit nicht ausschliessen. Dagegen ist folgendes in Betracht zu ziehen: wird der Druck auf das Gehirn gesteigert, so folgt auf die Krämpfe Lähmung, in den höchsten Graden Lähmung aller Muskeln der betreffenden Körperhälfte, welche ganz übereinstimmt mit den cerebralen Hemiplegien. Liegen nun die Centren, durch deren Compression die Lähmung herbeigeführt wird, in der Rinde, so müsste auch durch Zerstörung der Rinde die gleiche Lähmung erzeugt werden können. Dies ist nun betreffs der Kaninchen nicht der Fall, es tritt hier nach Entfernung der Rinde in der motorischen Region nur eine vorübergehende Schwäche der betreffenden Theile ein. *A.* schliesst demnach, dass die Centren für die Jackson'schen Krämpfe subcortical sind, unterhalb der Rinde liegen, dass auch die Centren, welche die normale Erregung der Muskeln bewirken, subcortical liegen und erklärt beide Centren für identisch. Der Unterschied zwischen physiologischer Bewegung und unilateralem Krampf beruht nur darauf, dass die Art der Erregung dieser Centren oder die Natur der diesen Erregungen zu Grunde liegenden Reize in beiden Fällen verschieden sind.

Für die physiologische Function der Muskeln gibt es drei verschiedene Erregungsvorgänge und ebensoviele Reize. Die Muskelbewegungen werden erzeugt 1) durch einen centralen psychischen Act, dessen Quelle die Vorstellung ist, 2) durch flüchtige unbewusste Erregungen, welche durch periphere Reize geweckt werden (Reflexbewegung), 3) durch die sich erneuernden Reize, welche sich im Blute bilden, und die automatische Bewegung veranlassen. Können unilaterale Krämpfe auf gleiche Weise entstehen?

1) Centrale Erregung. Eine Vorstellung kann keinen unilateralen Krampf machen, da die cerebralen Centren der Bewegung subcorticale sind, und da ein Ganglion nicht motorisch und sensorisch zugleich sein kann, so muss der Bewegungsimpuls anderswo entstehen, als in den motorischen subcorticalen Centren. Ferner entstehen bei Erkrankungen der Rinde des Vorderhirns Störungen der psychischen Kraft und des Willens (progressive Paralyse), andererseits ist bei Aphasie nach Erkrankung der Rinde der Bewegungsmechanismus gesund und der Wille bleibt trotzdem ohne Einfluss. Aus der Wiederkehr der Muskelfunctionen beim Kaninchen nach Zerstörung der Rinde ergibt sich, dass der motorische Apparat in der Rinde nicht enthalten ist. Wenn beim Hunde der gleiche Eingriff vorgenommen wird, so hat das Thier, ohne gelähmt zu sein, die Direction für die grobe Kraft und die Vorstellung von der Lage des Gliedes verloren. Die grobe Kraft selbst entsteht nicht von der Rinde aus, die Rinde beherrscht diese nur, wirkt sensorisch.

Beim Menschen aber entsteht nach Verletzung der Rinde in der motorischen Region Lähmung. Aus diesen Thatsachen wird geschlossen, dass

Digitized by Google

die Bedeutung der Rinde für die Muskelfunction mit der geistigen Entwickelung des Individuums wächst. In der Rinde haften die geistigen Einflüsse auf die Bewegung, sie ist eine „Fühlsphäre" (*Munk*), aus welcher die Bewegungsimpulse, Wille und Vorstellung, hervorgehen. Beide beherrschen nur die normale Muskelfunction, die Handlung, nicht aber den Krampf. Der letztere ist eine Erregung der subcorticalen Centren, welche in keinerlei Beziehung zur Rinde steht. Er muss sonach andere Ursachen haben als solche, welche in der Rinde entstehen können.

Eine derartige Ursache ist nun Druck auf das Gehirn und zwar Druck von einem solchen Grade, dass das Gehirn nach Aufhebung desselben wieder zur Norm zurückkehrt. Chemische und thermische Reize können den Krampf nicht erregen.

2) Reflectorische Erregung. Experimentell lässt sich ein unilateraler Krampf auf diese Weise nicht erzeugen. Dagegen beobachtete *A.* das so entstandene Phänomen bei einem Kranken. Ein junger kräftiger Mann öffnete mit grossem Kraftaufwand eine Flasche. Als der Kork herausflog, hatte er das Gefühl, als ob mitten in der Hand etwas zerreisse. Nach 6 Wochen traten Zuckungen in den Fingern und Spreizbewegungen ein, welche anfallsweise wiederkehrten. Schliesslich wurden die Anfälle so heftig, dass sich die Finger der rechten Hand streckten, diese sich im Gelenk beugte, die Hand gerieth in Supination und wurde so zuckend gegen den Arm geschleudert, dazu traten Ab- und Adductionsbewegungen des Armes, ja bisweilen Zuckungen im Nacken und Rücken. Gewaltsames mechanisches Schliessen der Hand zur Faust beendete den Krampf, Pat. trug deshalb immer einen Holzcylinder in der geschlossenen Hand, was ihm Linderung gewährte. Das anfallsweise Auftreten von Krämpfen einer Körperhälfte ohne Bewusstseinsstörung charakterisirt den Zustand als Jackson'sche Epilepsie. Ein centrales Leiden war nicht vorhanden, dagegen glaubt *A.*, dass die Krämpfe reflectorisch durch eine auf einen Nerven drückende Narbe im Handgelenk veranlasst wurden.

3) Automatische Erregung. Hierfür führt *A.* folgenden Fall an: Ein 22 Jahre alter, schwächlicher Mann litt seit dem 16. Jahre an Krämpfen des rechten Arms, welche regelmässig nach geistiger Erregung auftraten. Die Hand schloss sich zur Faust, der Vorderarm wurde gegen den Oberarm geschlagen, bisweilen griff der Krampf auf die Muskeln des Gesichtes und Kopfes über. Die Anfälle dauerten mehrere Minuten und waren nicht von Bewusstlosigkeit begleitet. Ein Gehirnleiden bestand nicht, dagegen war Pat. in gedrückter Stimmung (Onanie) und anämisch. Nach Gebrauch von Bromkal., Hydrotherapie und Roborantien trat Heilung ein. *A.* bezeichnet in diesem Falle die Krämpfe als reflectorische und als Ursache eine pathologische Blutmischung.

Der Jackson'sche Krampf ist ein pathologischer Erregungszustand der physiologischen subcorticalen Bewegungscentren und das Product von centralen, reflectorischen oder automatischen Reizen. Der centrale Reiz ist

Digitized by Google

nie ein psychischer, von der Rinde erzeugter, sondern stets ein grob materieller, in specie Compression. Die Reflexe und automatischen Reize unterscheiden sich von den physiologischen durch die pathologische Intensität ihrer Wirkungsweise.

***Bourneville* et *Bricou*, Ueber den Gebrauch von Curare in der Behandlung der Epilepsie. — Arch. de Neurol. Jan., März, Mai 1885.**

Verff. erklären die Anwendung des Curare bei Epilepsie für nicht rationell, weil dasselbe, abgesehen von einer leichten Excitation im Beginn, ohne Wirkung auf das centrale Nervensystem und auf das sensitive Nervensystem bleibe und weil es nur auf die Folgen der Epilepsie wirke, nicht auf ihre Ursachen. Gleichwohl sehen sie sich zu Versuchen mit dem Mittel veranlasst, nachdem von verschiedenen Seiten über Erfolge desselben bei Epilepsie berichtet worden war. A priori erscheint es kaum begreiflich, dass ein Mittel, welches bei der subcutanen Anwendung so rasch wieder ausgeschieden wird, eine dauernde Wirkung bei Epilepsie ausüben solle.

Sie unterzogen 21 Kranke von verschiedenem Alter und mit verschiedenen Formen von Epilepsie 3—6 Monate und länger der Behandlung mit subcutanen Curareinjectionen. Nur bei einem dieser Kranken war ein bemerkenswerther Erfolg zu verzeichnen, ein anderer wurde etwas gebessert. Bei den übrigen blieb die Kur völlig resultatlos. Dieses Ergebniss ist wenig ermuthigend, und Verff. glauben nicht, dass man das Curare in der Liste der gegen Epilepsie wirksamen Mittel stehen lassen soll.

Die Arbeit enthält einen geschichtlichen Ueberblick über die Behandlung der Epilepsie mit Curare und ausserdem noch 3 zwar ganz interessanten, aber für den vorliegenden Zweck doch wohl mit zu grosser Breite wiedergegebenen Krankengeschichten.

***Rieger*, Ueber Epileptiker-Anstalten. — Irrenfreund No. 1. 2. 3.**

Der beachtenswerthe Aufsatz eignet sich nicht wohl für ein ausführlicheres Referat. *R.* empfiehlt grössere Colonien für Epileptiker, ähnlich den Bielefelder Anstalten, aber unter ärztlicher Leitung. Eine Verbindung derselben mit einer Idiotenanstalt, wie in Stetten, erscheint nicht unzweckmässig. Da vom Staate in dieser Richtung Nichts zu erwarten ist, so muss die Errichtung solcher Colonien der Privatwohlthätigkeit überlassen werden.

Für die geistig ganz normalen Epileptiker schlägt *R.* kleinere Spitalabtheilungen vor, für die periodisch Gefährlichen, gänzlich Unsocialen empfiehlt er die Unterbringung in den noch zu gründenden Anstalten für irre Verbrecher.

***Finke*, Zur Aetiologie der Epilepsie. — Deutsche med. Wochenschrift No. 4.**

An einem 64 Jahre alten Herrn, welcher bis auf Anfälle von Podagra anscheinend gesund war, wurde im Herbst 1882 bemerkt, dass er Abends

Digitized by Google

nach dem Essen, statt sich wie früher mit Lectüre zu beschäftigen, apathisch da sass, gedankenlos vor sich hinstierte und oft gar nicht recht antworten konnte. Am 15. Dec. 1882 erlitt er auf der Strasse, nachdem er wenige Augenblicke vorher das Gefühl von Unwohlsein gehabt hatte, einen epileptischen Anfall. Während desselben zog er sich eine erhebliche Verletzung der Kopfschwarte zu. Dieselbe führte zu einer Eiterung mit Fieber und heilte erst im Februar 1883. In der ganzen Zeit war Pat. benommen. Als er anfing geistig wieder freier zu werden, traten am 20. Febr. Serien von epileptischen Anfällen ein, welche von früh 11 bis Nachmittags 5 Uhr anhielten. Pat. hatte sich während dieser Anfälle in die Zunge gebissen. Nach den Anfällen blieb Pat. 4 wochenlang geistig erheblich verändert. Er war unbesinnlich, sprach schwer und mühsam, konnte nicht mehr recht rechnen und ebensowenig ordentlich Briefe schreiben.

Da wurde von *F.* das Vorhandensein eines Nasenpolypen entdeckt. Eingedenk einer Arbeit von *Hack* über die Abhängigkeit gewisser Neurosen von Nasenleiden (Berl. klin. Wochenschrift 1882, No. 25) vermuthete *F.* einen Zusammenhang zwischen dem Polypen und den epileptischen Anfällen. Er nahm deshalb die Operation vor und entfernte eine grössere Menge von Schleimpolypen aus der Nasenhöhle, von denen der grösste bis in die Choanen hinabreichte. Nach der Operation verschwand die Unbesinnlichkeit und geistige Schwäche sehr rasch, Pat. wurde wieder der klare und geweckte Mann, der er vordem war, und epileptische Anfälle traten seitdem bis zur Veröffentlichung der Beobachtung (2 Jahre) nicht ein.

F. vermuthet, dass durch den die Choanen verstopfenden Polypen die Respiration verhindert wurde, dass das erschwerte Athmen den Rückfluss des Blutes aus dem Gehirn beeinträchtigte und dass in Folge dessen Ueberladung desselben mit Kohlensäure eintrat, welche die cerebralen Erscheinungen herbeiführte. (Näher dürfte es liegen, an eine directe Behinderung des Blutabflusses aus dem Schädel durch den unmittelbar unter der Siebbeinplatte gelegenen Polypen zu denken. Ref.)

Engesser, **Ueber einen Fall von schwerer Hysterie. — Berl. klin. Wochenschrift No. 13 u. 14.**

Die 29 Jahre alte Kranke trat wegen Beschwerden seitens der Sexualorgane und der Blase im August 1882 in die gynäkologische Klinik ein. Sie litt schon seit langer Zeit an der als hysterische bekannten eigenthümlichen Geistesverfassung und hatte öfter Anfälle von hochgradiger psychischer Erregung, welche mehrmals rauschartig eintrat. Die Anfälle liessen eine Ermattung zurück und die Erinnerung an dieselben war häufig eine ganz unklare. Pat. war seit $^1/_2$ Jahre amenorrhoisch und seit ebenso lange konnte sie nicht mehr spontan Wasserlassen und musste sich katheterisiren. Sie bemerkte dabei, dass öfter sehr wenig und einmal binnen 48 Stunden

Digitized by Google

gar kein Urin abging. Bisweilen war sie nicht im Stande, den Katheter in die Blase einzuführen, weil er krampfhaft am Eingung festgehalten wurde. Zur selben Zeit trat öfter Erbrechen ein.

Es wurde eine Anteflexio uteri constatirt, welche leicht zu reponiren war und ohne Pessar in der reponirten Lage blieb. Gegen die Harnverhaltung wurde eine Dehnung der Harnröhre ohne Erfolg angewandt.

Wegen der nervösen Beschwerden erfolgte die Versetzung der Kranken in die innere Klinik (*Baeumler*). Die schwächliche und anämische Person klagte über kolikartige Schmerzen, welche bald im Leibe, bald im Kreuz, Hypogastrium auftraten, über neuralgische Schmerzen an den äusseren Genitalien, Harnverhaltung und Schlaflosigkeit.

Die Anwendung warmer Bäder und warmer Dämpfe ad nates blieb ohne Einfluss auf die Harnverhaltung. Die durch den Katheter entleerten Urinmengen schwankten zwischen 250 und 2800 ccm täglich. Einmal wurde binnen 2 Tagen gar kein Urin entleert, und es betrug die am dritten Tage entleerte Urinmenge 200 ccm.

Es wurde eine Anzahl von hystero-epileptischen Krampfanfällen beobachtet, welche näher beschrieben werden. Dieselben begannen mit clonischen und tonischen Krämpfen, waren mehrfach theils von erheblicher Trübung, theils von völligem Verschwinden des Sehvermögens begleitet, ebenso von mehr oder weniger lang andauernder Bewusstlosigkeit. Einmal trat der Anfall in der Form des Somnambulismus auf. Während eines der hystero-epileptischen Anfälle wurde ein interessantes vasomotorisches Symptom beobachtet. Die ganze linke Körperhälfte war lebhaft geröthet, die rechte dagegen, in der Mittellinie scharf abgrenzend, marmorbleich. Die Temperaturdifferenz zwischen beiden Körperhälften betrug 0,6° C.

Durch Vaginal-Blasen-Galvanisation wurden wenigstens die Kolikanfälle beseitigt. Eine erhebliche Besserung des ganzen Zustandes trat erst ein nach Anwendung allgemeiner Faradisation. Dieselbe wurde in der Weise vorgenommen, dass Pat. die Füsse in einen Kübel mit Salzwasser stellte, in welchen die eine Elektrode gelegt wurde, während die Wärterin die andere Elektrode in die Hand nahm und den Körper der Kranken mit einem feuchten Schwamm abwusch. Nach einiger Zeit konnte der Urin willkürlich entleert werden, die Periode trat wieder ein, die Anfälle wurden seltener und bestanden nur noch in paroxysmenweiser Unbesinnlichkeit, Schwerfälligkeit beim Sprechen und Trübung der Sehkraft. Die Besserung hielt auch nach der Entlassung nach Hause an, dagegen erkrankte Pat. an einer rasch fortschreitenden Phthise.

Aus der ausführlichen Epikrise sei hervorgehoben, dass *E.* geneigt ist, die Oligurie und Anurie als eine Folge der abgeschwächten Erregungsenergie der Secretionscentren aufzufassen.

Den Erfolg der allgemeinen Faradisation erklärt *E.* nach dem Vorgange *Rumpf*'s als eine Reflexwirkung von der Haut auf die Centralorgane.

Digitized by Google

Souza Leite, **Ein Fall von Hysterie mit Anfällen krampfhaften Niesens. — Archiv. de Neurol. Januar.**

M. Granz, 16 Jahre, erblich belastet, war als Kind schwächlich, scrofulös und rhachitisch und entwickelte sich langsam. Seit dem 12. J. unregelmässig menstruirt. Im 16. J. Anfälle von Husten und Niessen, welche mehrere Stunden dauern und schliesslich von anderen krampfhaften Symptomen begleitet werden.

Die Untersuchung ergab eine rechtsseitige Hemianästhesie, Hemiparästhesie und Hemithermo-Anästhesie. Pat. unterscheidet Violett nicht, erkennt Grün schwer, hört, riecht und schmeckt auf der linken Seite schwächer.

Pat. hatte mehrere ausgesprochene hystero-epileptische Krampfanfälle, welche bald mit krampfhaftem Husten, bald mit Niessen beginnen. Im letzteren Jahre schien der Anfall schwächer zu sein. Sie niesste 30—40 mal in der Minute, im Ganzen wurde in 22 Tagen 16195 mal gezählt.

Haver Droeze, **Etwas über elektrische Behandlung der Epilepsie. — Psychiatrische Bladen III. 2**

Ein aus gesunder Familie stammendes, 17jähriges Mädchen, das als Kind an Convulsionen gelitten hat, später gesund gewesen ist, bekommt im August 1882 plötzlich einen epileptischen Anfall beim Besuch der schwer kranken Mutter. Es folgten zahlreiche heftige Anfälle; Gebrauch von Bromsalzen ohne Einfluss, im Januar 1883 vier Wochen lang tägliche Application eines galvanischen Stroms, Anode an der Stirn, Kathode am Hinterhaupt. Während dieser Zeit sistiren Krampfanfälle völlig, es stellt sich aber heftige Reizbarkeit mit häufigen Wuthanfällen ein. Die galvanische Behandlung wird ausgesetzt, es finden sich wieder Krampfanfälle ein, der psychische Zustand verschlimmert sich, die Kranke muss dauernd in einer Irrenanstalt gehalten werden.

Verfasser wirft die Frage auf, ob bei der erregbarkeitsherabsetzenden Wirkung der — auf der Stirn applicirten — Anode in diesem Falle nicht auf einen corticalen Ursprung der Epilepsie zu schliessen ist und auf die Production eines psychischen Aequivalents durch den Anodenreiz. Er räth deshalb, die galvanische Behandlung der Epilepsie bei jeder gleichzeitigen Veränderung des psychischen Zustands abzubrechen. *Kurella.*

Ghys, v. d., **Aus dem Anstaltsbericht von Zutphen. — Psychiatrische Bladen IV. 2.**

Bei einem Epileptiker treten nach jedem Krampfanfall auf Hals und Brust zahlreiche kleine, rothe Flecken auf, die meist nach 24 Stunden verschwunden sind.

Verfasser hält sie für bedingt durch active Gefässerweiterung oder durch Gefässparalyse. Für einfache Gefässrupturen will er sie wegen des stets circumscripten Vorkommens an denselben Hautstellen nicht halten.

Bei einer hysterischen Frau zeigte sich nach einer längeren Periode

Digitized by Google

vollkommenen Stupors zu einer Zeit, in der sie zweifellos alles Gesprochene verstand, eine eigenthümliche Sprachstörung derart, dass sie nur ganz bedeutungslose Silben „ka, sjeg, tits, trui“ vorbrachte. Später traten verständliche Worte dazwischen; in einer weiteren Periode kamen in ihren Briefen noch einzelne sinnlose Silben und daneben Buchstabenverstellungen vor. *Kurella.*

Baker, L. W., Epilepsie. — The Journ. of nerv. and ment. disease. Januar.

Verf. wünscht die Epileptiker in besonderen Anstalten, getrennt von Irrenanstalten behandelt. Er tritt der Ansicht, dass Epilepsie eine unheilbare Krankheit sei, entgegen. Manche Fälle seien heilbar und bei vielen treten durch geeignete Behandlung eine Verminderung der Anfälle oder Abschwächung derselben ein. *Schuchardt.*

Lombroso, Identität der Epilepsie mit dem Gemüthswahnsinn und der angeborenen Delinquenz. — Archivio di psichiatr. scienze penal. ed antropolog. criminal. VI. 1 u. 2. Autorreferat ***Mendel's*** Centralblatt.

Beide Krankheitsformen stimmen vollkommen überein in dem verhältnissmässig grösseren Körpergewichte, der Häufigkeit der Asymmetrie und Sklerosen des Schädels, dem häufigen Vorkommen der mittleren Hinterhauptgrübchen, dem oft geringen, selten übermässigen Rauminhalt des Schädels, der grossen Häufigkeit der Meningiten und Encephaliten im Kindesalter.

Vollkommen ist die Uebereinstimmung in der Physiognomie und äussert sich dieselbe: durch die sehr häufige Vorragung der Jochbögen und der Stirnhöcker, die abstehenden Ohren, die männliche Physiognomie bei Weibern, die genau gleiche Häufigkeit des Verbrechertypus (26 pCt.), die Abnahme der Schmerzempfindlichkeit, die grosse Zahl linkischer Subjecte, die Häufigkeit des Daltonismus und der Dischromatopie; die häufige Ungleichheit der Pupillen; die erhöhten Sehnenreflexe; die Achseltemperatur von 37,3°—37,2° C. ausserhalb der Anfälle; und in psychologischer Hinsicht durch die Trägheit, die unwiderstehlichen Triebe, welche die fehlenden Leidenschaften vorspiegeln; ferner die Amnesie, die Tätowirungen und vor allem den Mangel der Gemüthsbewegungen, welche durch Triebe ersetzt sind, das ausserordentlich jähzornige Wesen, die Häufigkeit des Selbstmordes und der häufige Missbrauch alkoholischer Getränke.

Der Statistik zufolge gibt es 5 Epileptiker auf 100 Sträflinge und 5 auf 1000 normale Menschen. Auch zeigen die statistischen Erhebungen, dass in Italien dieselben Gegenden, welche die grösste Anzahl Epileptiker liefern, zugleich auch die meisten Verbrecher aufzuweisen haben.

Uebrigens ist es bekannt, dass eine Epilepsie ohne Krämpfe vorkommt, während andere Epilepsien nur in den Kinderjahren mit Krämpfen einher-

Digitized by Google

gehen und noch andere lediglich in übertriebenen krankhaften oder verbrecherischen Trieben bestehen. Es gibt viele Epileptiker, deren Krankheit, in klinischer Hinsicht, nur in angeborenen unsittlichen Trieben besteht.

Diese Formen kommen ferner am häufigsten in den ersten 15 Lebensjahren vor, was so viel heisst, als dass sie meistens angeboren sind, und sie beruhen dann auf einer von epileptischen oder dem Trunk ergebenen Eltern übertragenen erblichen Anlage. Wenn sie aber erworben sind, so sind sie veranlasst durch Traumen, Trunkenheit, Meningitis oder psychische Ursachen.

Endlich beweisen die neuesten Untersuchungen, dass die Epilepsie nur auf der Reizung gewisser Punkte der Hirnrinde beruht. Damit aber wird keineswegs der Atavismus ausgeschlossen, der, wie *L.* nachgewiesen, die erste Grundlage der angeborenen Delinquenz abgibt; denn diejenigen geistigen Fähigkeiten, welche während der Entwickelung zuletzt auftreten, schwinden zu allererst im Beginne von Hirnerkrankungen, sowie im Greisenalter, durch Alcoholismus u. dergl.; übrigens haben die Practiker (*Gowers*) schon darauf hingewiesen, dass die Epileptiker nach ihren Anfällen oft thierisch-atavistische Handlungen ausführen — bellen, beissen, miauen, rohes Fleisch und auch Menschenfleisch verschlingen. *S.*

Schustow, A., Epilepsie durch Syphilis. — Russkaja Med. 1884, No. 20. *Erlenmeyer*'s Centralbl. 1.

Verf. berichtet über einen „vollkommen ausgeprägten" epileptischen Anfall bei einem Bauern von 42 Jahren, welcher vor einem Jahre einen harten Schanker und secundäre Erscheinungen gehabt hatte, von denen er durch eine Schmierkur befreit wurde. Bei genauer Untersuchung fand sich am Kopfe am vorderen Ende der Pfeilnaht ein „Osteophyt" von der Grösse einer Haselnuss. Verf. war der Ansicht, dass die Geschwulst nach innen in gleicher Weise vorragte und durch Druck auf das Gehirn die Epilepsie veranlasste. Die Behandlung bestand in der Darreichung von Jodkalium, Monobromkampher und Chloralhydrat. Der Tumor verschwand in 6 Wochen, die Anfälle haben sich seitdem innerhalb eines Jahres nicht wiederholt.

S.

Winogradow, Ein Fall von acuter Epilepsie. — Russkaja med. 1884. No. 19. *Erlenmeyer*'s Centralbl. 1.

Verf. behandelte einen jungen Bauer mit einem beginnenden Furunkel am Kinn in der Gegend des linken Foram. ment.; doch war von der Umgebung die Diagnose: Pustula maligna gestellt worden. Nach einigen Tagen wurde er zu dem Kranken gerufen und fand ihn in vollkommen charakteristischen epileptischen Krämpfen. Er erfuhr nun, dass der Kranke soeben bei einem weisen alten Weibe gewesen, das gleichfalls bestätigt, die Geschwulst sei die sibirische Pest und hatte angefangen dieselbe zu besprechen. Dabei hatte er vor Entsetzen das Bewusstsein verloren und die ganze Zeit bis zum Anfall, $1^1/_2$ Tage, in halbbewusstlosem Zustand zuge-

Digitized by Google

bracht. Verf. benutzte den bewusstlosen Zustand des Kranken und eröffnete den vollkommen reifen Furunkel. Der Kranke erholte sich bald. der Anfall wiederholte sich nicht. *S.*

Walton, **Beitrag zur Hysterie mit Rücksicht auf die Frage der Castration. — Journal of nerv. and ment. diseases. 1884. Juli.**

Mittheilung eines Falles schwerer Hysterie; beide Ovarien wurden entfernt. Es trat wesentliche Besserung ein. Innerhalb zweier Monate nach der Operation wurden aber 2 Anfälle beobachtet. *S.*

Köbner, Hugo, **Zur Casuistik der Hysterie im Kindesalter. — Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XXXV. 5.**

Knabe von 13 Jahren, ohne Erblichkeit, normale Entwickelung, erkrankt nach vorhergegangener heftiger Diarrhoe an heftigen Scheitelkopfschmerz, Schmerz im Epigastrium. Schlaf stark gestört. Stuhl- und Urinbeschwerden. Druck auf Dorsaltheil der Wirbelsäule schmerzhaft. Gang schwankend, Behinderung der rechten Seite. Zunehmende Schwäche des rechten Beines, auch bald Abnahme der Kraft im linken Bein. Zuckungen der Arme. Augen aus Lichtscheu fast beständig geschlossen. Hauptklagen über Stiche im Scheitel und in der Magengrube. — Sprache gestört, die Worte werden herausgestossen. Systolisches Blasen an der Herzspitze. Psyche frei. — Bei grosser Heftigkeit und Häufigkeit der Zuckungen schwindet das Bewusstsein. — Mehrere Male Sprachlosigkeit bis zur Dauer von einer Stunde.

Aufnahme in das Krankenhaus; kein Bewusstseinsverlust mehr. Bald Besserung aller Erscheinungen. — Nach 14tägigem Aufenthalt im Krankenhause wieder Anfälle von Bewusstlosigkeit. Behandlung bestand in Faradisirung der Beine, kühlen Bädern mit nachfolgender kälterer Uebergiessung und Frottirung.

Dauer der Erkrankung über 1 Jahr. Es erfolgte Heilung. *S.*

Bianchi, Aurelio, **Moralische Behandlung der Hysterie. — Archiv. ital. XXI. 6.**

Die 40jährige Kranke mit den schwersten Symptomen der Hysterie hatte die verschiedensten Medicamente innerlich und äusserlich ohne jeden Nutzen gebraucht. Zuletzt wurde ihr eine Cauterisation der Ovarien vorgespiegelt, indem man Glüheisen in ihrer Nähe glühend machte, dies dann unbemerkt in Wasser abkühlte und bei mässiger Temperatur fest in der Ovarialgegend aufdrückte. — Es trat Genesung ein. *S.*

Lowry, **Hystero-Epilepsie und Hysterie. — Detroit Lancet. April.**

Mittheilung von 3 Fällen, die nichts besonderes bieten. — Verf. ist der Ansicht, dass Hysterie nicht in directem Zusammenhang mit dem Genitalapparat stehe. *S.*

Digitized by Google

Kalkoff, F., **Beiträge zur Differentialdiagnose der hysterischen und der capsulären Hemianästhesie. — Inaug.-Diss. Halle 1884. Centralbl. f. klinische Medic. No. 34.**

Verf. verwerthet 8, von Prof. *Seeligmüller* ihm überlassene, klinisch sehr genau untersuchte und mit Rücksicht auf die neueste Literatur, sowie der neueren Fortschritte auf dem Gebiet der Gehirnanatomie analysirte Fälle als Beitrag zur Entscheidung der Frage, ob und welche Kriterien eine differentielle Diagnose zwischen hysterischer und cerebraler Hemianästhesie sichern. Da keiner der Fälle bisher zur Autopsie kam, so musste er sich mit Wahrscheinlichkeitsdiagnosen begnügen, welche sich auf Entwicklung und Verlauf des Leidens, Erfolg der Therapie und die Persönlichkeit der Kranken stützen.

Die Arbeit enthält viele interessante Einzelheiten. Sie führt zu dem Schluss, dass es ein Kriterium zur Unterscheidung einer hysterischen von einer cerebralen Hemianästhesie nicht gibt; die Art dieser Sensibilitätsstörung bietet für keine der beiden Formen etwas Charakteristisches; gleichseitige Amblyopie ist keineswegs, wie man früher annahm, ein sicheres Kennzeichen der Hysterie; motorische Begleiterscheinungen: Lähmungen, Contracturen mit Atrophie kommen eben so im Verlauf der einen wie der anderen vor. Auch das Verhalten der Haut- und Sehnenreflexe hat noch keine allgemein gültige differentiell diagnostische Bedeutung erlangt. In einzelnen Fällen kann die, anatomisch nicht zu erklärende, Art der Hemianästhesie zum Ausschluss einer cerebralen Aetiologie führen, so in Fall 5, wo auf der einen Seite des Kopfes bis zur Mitte des Halses Haut, Schleimhäute und Specialsinne, auf der anderen Seite des Körpers vom Hals abwärts, incl. der Extremitäten, Haut und Schleimhäute anästhetisch waren. Auf einer Tabelle werden die Befunde in den 8 Fällen nach den einzelnen Symptomen, wobei Tastgefühl, Temperaturgefühl, elektrocutane Sensibilität, Schmerzgefühl, Sinne, Reflexe berücksichtigt werden, in Parallele gestellt.

Von Aetzung der Clitoris hat Verf. auch nicht viel Gutes gesehen; dagegen brachte dieselbe in einem Fall Transfert hervor, der die Hyperästhesie auf die gesunde Seite hinüberschaffte, während eine ziemlich intensive Anästhesie an ihre Stelle trat. Auch die in demselben Fall versuchte Hypnose zeigte sich therapeutisch werthlos. *S.*

Klumpke, A., **Beitrag zum Studium der hysterischen Contracturen. — Revue de méd. No. 3.**

Sehr ausführliche, breit wiedergegebene, 5 Jahre lang ununterbrochen fortgeführte Krankengeschichte einer Hysterischen schwerster Art, die in Folge von Phthise zur Section kam. Vollständig negativer Befund im Gehirn, Rückenmark und in den peripherischen Nerven trotz jahrelangen Bestehens von ausgebildeten Lähmungen und Contracturen, die nacheinander fast alle Muskelgruppen befielen, von Sensibilitätsstörungen, von

Digitized by Google

Atrophien und fibrillären Muskelzuckungen, von Steigerung der Reflexe incl. Sehnenphänomene, von Fussphänomenen, von schweren vasomotorischen, trophischen und Blasenstörungen. Charakteristisch waren auch hier die Exacerbationen und Remissionen, theils ohne bekannte Ursachen, theils — erstere unter dem Einfluss forcirter therapeutischer Versuche, letztere auf psychischem Wege entstanden. Der Aufwand eines grossen therapeutischen Apparates und Metallotherapie, der ganze Schatz von Nervina, — nichts blieb unversucht. Nur das Morphium nützte symptomatisch, allerdings in Dosen bis zu 0,35 pro die, deren schädliche Folgen nicht ausblieben. Compression der Ovarien vermochte die grossen convulsiven Anfälle nicht abzukürzen. *S.*

***Debove,* Das hysterische Fieber. — Progrès méd. No. 8.**

Eine 24jährige Frau, die seit 5 Jahren eine Fülle hysterischer Symptome darbietet, leidet seit längerer Zeit an Fieber, das anfangs mässig, später zuweilen bis zu 40° ansteigt und sich intermittirend gestaltet. Latente Tuberculose wird mit Sicherheit ausgeschlossen. Chinin ohne alle Wirkung. Verf. spricht, gleich *Millard* (der zu Rathe gezogen war), das Fieber als hysterisches an, das überhaupt in den Lehrbüchern Platz finden müsse, um so mehr, als die Physiologie keineswegs gegen einen derartigen Connex spreche. *S.*

***Lailler, A.*, Ueber Ausscheidung der Phosphorsäure im Irresein und der Epilepsie. — Compt. rend. T. 99. No. 14. *Virchow-Hirsch* Jahresbericht.**

Im Delirium acutum und der acuten Manie findet stark vermehrte Ausscheidung von Phosphorsäure und Harnstoff statt, in der Manie mit Excitation leichte Vermehrung der Phosphorsäure, in der acuten Melancholie starke Steigerung des Harnstoffs. Bei der Paralyse wechselt die Ausscheidung der Phosphorsäure und des Harnstoffs je nach dem Krankheitszustand. Bei der Epilepsie ist die Ausscheidung der ersteren während des Anfalles und unmittelbar nachher erheblich vermehrt, bei häufig wiederkehrenden Anfällen auch die des Harnstoffes. *S.*

***Mairet, A.*, Untersuchungen über die Veränderungen in der Ernährung des Nervensystems durch Manie, Melancholie und Epilepsie. — Compt. rend. T. 99. No. 7. *Virchow-Hirsch* Jahresbericht.**

M. fand in der Manie im Stadium der Erregung die Ausscheidung von Stickstoff und Phosphorsäure vermehrt, im Depressionsstadium vermindert, woraus er auf eine Steigerung der Stoffwechselvorgänge im Nervensystem und in der Gesammternährung im ersten Stadium, auf eine Verminderung im zweiten schliesst. Bei der acuten Melancholie, besonders bei starker

Digitized by Google

Beängstigung, sind die Erdphosphate vermehrt, die phosphorsauren Alkalien und der Stickstoff vermindert, woraus auf eine Steigerung der Ernährungsvorgänge des Gehirns, auf eine Verminderung des allgemeinen Stoffwechsels zu schliessen ist. In der Epilepsie wird in der Zeit zwischen den Anfällen weder die Stickstoff-, noch die Phosphorsäureausscheidung verändert, im Anfall werden beide vermehrt, und zwar ist die Vermehrung der Erdphosphate relativ stärker als die der phosphorsauren Alkalien. Die erstere findet auch im einfachen epileptischen Schwindel statt; sie deutet also zweifellos auf den gesteigerten Zerfall im Nervensystems, während die Vermehrung des Stickstoffs und der phosphorsauren Alkalien auf gesteigerte Muskelthätigkeit zurückzuführen ist. *S.*

***Lépine, Eyemont* und *Aubert*, Ueber das Verhältniss des unvollkommen oxydirten Phosphors im Urin, besonders bei Nervenerkrankungen. — Compt. rend. T. 98. No. 4. *Virchow-Hirsch* Jahresbericht.**

L., *E.* und *A.* suchen nachzuweisen, dass in gewissen Fällen von Nervenerkrankung die Ausscheidung des Phosphors sich abweichend verhalte von der normalen. Unter normalen Verhältnissen kommen nach *Zuelzer* auf 100 Theile Stickstoff in der 24stündigen Harnmenge weniger als 10 Theile Phosphorsäure im Zustand der Phosphate. Die Menge des unvollkommen oxydirten Phosphors beträgt dagegen nach Verff. nicht viel mehr als 1 pCt. der gesammten Phosphormenge. In einem Fall von Apoplexia sang. betrug die erstere bei ziemlich gleichbleibender Menge der Phosphate 4,7 : 100 (unmittelbar nach dem Anfall), bei einem Epileptiker, ebenfalls nach dem Anfall, 2,2 : 100, bei einer Hystero-Epileptischen 1,8 pCt., bei Delirium tremens 1,3 pCt. Eine ähnliche Steigerung des unvollkommen oxydirten Phosphors hatten die Verff. früher bei Fettleber nachgewiesen; auch bei perniciöser Anämie, bei gewissen Fällen von Icterus, bei Typhus, Pneumonie, kommt Aehnliches vor. *S.*

10. Delirium acutum, Alcoholismus, toxische Psychosen und Neurosen. Referent: Freusberg-Saargemünd.

Delirium acutum.

***Baillarger*, Delirium acutum; Eruption von Furunkeln. Genesung. — Ann. med. psych. Mai 1884.**

Del. acutum bei einem 20jährigen Mädchen, im Verlauf rechtsseitige choreatische Bewegungen neben den gewöhnlichen Erscheinungen grösster

Digitized by Google

Unruhe; am 20. Tage „kritische“ Eruption von Furunkeln. Vollständige Genesung nach 2 Monaten. (Was die Krankheit als Delirium acutum charakterisirt, ist nicht ersichtlich.)

***Ball*, Delirium acutum. — L'encephale V. 2.**

In der Einleitung dieses Vortrags nennt *B.* das Del. acutum eine durch den Verlauf und die häufigen anatomischen Läsionen wohlcharakterisirte Krankheit, „vergleichbar dem Typhus oder Variola“. Am Schluss nennt er es ein symptomatisches Ensemble, das sehr verschiedenen Bedingungen entspringt, nur bei Disponirten und zumal bei Gehirnkranken (cerebraux) vorkommt. Demnach nimmt *B.* überhaupt nicht Stellung zu der Frage, die er in beiden Definitionen verschieden beantwortet, nach der Natur des Del. acutum. — Die nicht erschöpfende Darstellung bringt nichts Neues. Das Del. könne plötzlich auftreten, habe aber meistens Vorboten depressiver Art, und könne bei allen Geisteskrankheiten als Complication sich einfinden. Ebenso allgemein gehalten sind die Angaben über Vorhandensein und Fehlen pathologischer Befunde.

***Rezzonico*, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Delirium acutum. — Archiv. italian. XXI. 5.**

Mittheilung eines Falles; die Section ergab: Hyperämie der Häute des Gehirns und der Gehirnsubstanz. Gehirngewicht 1270 g. Die mikroskopische Untersuchung ergab Embolie der Capillargefässe des Gehirns durch Mikrokokken. Fettdegeneration der Gefässwandungen. Verf. verlangt bei allen Fällen von Delir. acut. genaue Blutuntersuchung auf Mikroorganismen.

S.

Alcoholismus.

***Witkowski*, Ueber die Delirien der Alkoholisten. — Vortrag, Neurologenversammlung, Psych. Centralbl. 13.**

Neben dem gewöhnlichen symptomatisch oder durch Inanition bedingten Delirium trem. sind zweitens die sehr kurzen, traumähnlichen, auf gehäuften Excessen beruhenden und in sich abgeschlossenen Verfolgungsdelirien anzuführen. (Intoxicationsdelirien nach *W.*) Bei ihnen fehlt Erinnerungsdefect, Tremor, Fieber, Schweiss. — Drittens kommen spontane, ohne besondere Gelegenheitsursache auftretende, mehr subacute Erkrankungen vor, die eigentlichen Psychosen sich nähern. — Endlich gibt es Mischformen aller drei Formen, complicirt mit epileptischen Erkrankungen.

Digitized by Google

Hills, Ueber Hyoscyamin bei Alcoholismus. — Cambridge Med. Soc. Brit. med. Journ. Febr.

Hills wandte Hyoscyamin in 6 Fällen von Del. trem. mit Erfolg an ($^1/_4$—$^1/_2$ g Hyosc. Merk.); bei der Gelegenheit loben andere Beobachter dasselbe erneut bei Manie.

Savage, Beziehungen von Delirium tremens zur Geistesstörung. — Journ. of mental science, Jan.

Trinken allein bringe nur in seltenen Fällen das Delirium hervor, meist liege ein Zusammenwirken von Alkoholexcessen und nervösem Shok vor; oft erzeugen Kopfwunden die Intoleranz gegen Alkohol, vor Allem aber disponire erbliche nervöse Veranlagung zum Delirium tremens. — Dieses kann bei Neuropathischen typisch verlaufen, oder sich in acute Manie transformiren; Neuropathische werden nach dem Del. trem. leicht dauernd psychisch geschwächt.

Motet, Alcoholismus, Mordwuth, volle Amnesie. — Gaz. des hop. No. 56.

Mit der epileptischen Geistesstörung haben die Intoxiationspsychosen, namentlich die alkoholistischen, eine Neigung zu impulsiven Gewaltthaten gemein, erweckt durch bedrohende Sinnestäuschungen. Bei den Trinkern ist die Amnesie auf den Alkoholmissbrauch und das dadurch degenerirte Gehirn zu beziehen. *M.* führt zwei Fälle an.

Lentz, Alcoholismus und seine verschiedenen Formen. — Paris, Baillière fils 1885.

Der Zusatz des Titels: „betrachtet vom Standpunkt der Physiologie, Pathologie, Klinik und gerichtlichen Medicin" besagt schon, dass das 600 Seiten starke inhaltreiche Buch hier nur angezeigt, nicht referirt werden kann. — Es ist wohl das vollständigste Werk über den Alcoholismus, das in französischer Sprache erschienen. — Erwähnt sei die Eintheilung der alkoholistischen Irrseinsformen. Als Alcoolisme aigu wird der normale und pathologische Rausch beschrieben; der Alcoolisme chronique bewirkt neben den besonderen Erkrankungen der vegetativen Organe, bestimmte Schädigungen des Nervensystems, die als Alcoolisme cerebrospinal zusammengehören. Der Alc. cerebral tritt als Dégeneresccence alcoolique, alcoolisme hallucinatoire, Démence alcoolique und als alkoholistische Paralyse auf, vom Alc. spinal gibt es eine Form mit Hyperästhesie und eine mit Lähmung.

Als Alcoolisme psychique, der, auf dem Boden des chronischen Alkoholismus wurzelnd, eine besondere Disposition zu seinem Eintritt voraussetzt, fasst *L.* zusammen das Delirium tremens und die eigentlichen Psy-

Digitized by Google

chosen: Lypemanie alc., Manie ambitieuse alc., Delire de persecutions alc., Folie de jalousie alc., Megalomanie alcoolique.

Die Beschreibung dieser mit unserer deutschen Classification sich nicht deckenden Formen bringt nichts wesentlich Neues.

Crothers, **Klinische Studien über die Anfangsstadien der Trunksucht. — The Alienist and Neurologist. April.**

Der unermüdliche Verfechter der krankhaften Natur der Trunksucht setzt in weitläufiger Weise aus einander, dass oft allerlei Excentricitäten (darunter wunderliche Nahrungsgelüste) und nervöse Symptome der Trunksucht vorausgehen, und dass in diesen Stadien ein richtiges Einschreiten Erfolg verspricht (?).

Carpenter, **Alkohol bei der Krankenbehandlung. — British med. Journ. No. 1255.**

C. warnt, bei voller Anerkennung der therapeutischen Effecte des Alkohols, zumal als Analepticum, vor zu weitgehender medicamentöser Verordnung von alkoholischen Getränken, vor einer Ueberschreitung der physiologischen Sättigung mit Alkohol.

Charcot **und** ***Féré,*** **Alkoholische Lähmungen. — Progrès méd. 1884, 24. Irrenfreund 1885, 4.**

Symptomatologie und Casuistik; in wesentlicher Uebereinstimmung mit den (nichtgenannten) deutschen Beobachtern der Integrität des Rückenmarks. Initiale Hyperästhesien und Parästhesien mit nachfolgender Anästhesie, vorzugsweises Ergriffensein der unteren Extremitäten und die Symmetrie der Lähmung sind wichtig. Tremor kann fehlen.

Oettinger, **Alkoholische Lähmungen. (Multiple Neuritis bei Alkoholikern.) — Thèse de Paris 1885. Ref. Encephale 3.**

Recht vollständige Symptomatologie. — Will in einem Fall exquisite multiple Neuritis bei peripheren Nerven gefunden haben. Rückenmark und austretende Wurzeln absolut frei, grosse Nervenstämme nicht untersucht.

Morphinismus.

Cocagebrauch gegen Morphiumsucht. — Referat Berl. klin. Woch. 20.

Das zuerst in Amerika in obiger Indication angewandte Cocaïn soll den Morphiumhunger einschränken und dem Collaps bei der Morphiumentziehung vorbeugen. Für sich allein bewirkt es in kleinen Gaben eine Euphorie von kurzer Dauer, und sein gewohnheitsmässiger Gebrauch erzeugt Apathie, ethische Depravation und körperliche Kachexie.

Digitized by Google

Erlenmeyer, **Ueber die Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung. — Ctrbl. f. Psych. 13.**

Nach Literaturangaben und näheren Ausführungen über die pulsbeschleunigende und gefässerweiternde Wirkung des subcutan injicirten Cocaïn bemerkt *E.* auf Grund seiner Erfahrungen, dass Cocaïn allerdings im Stande ist, durch Erzeugung eines flüchtigen Wärme- und Wohlgefühls die Abstinenzerscheinungen bei Morphiumentziehung vorübergehend zu mildern, ohne aber im Uebrigen die Entziehungskur zu unterstützen.

Marandon de Montyel, **Beitrag zum Studium der Morphiomanie. — Ann. med. psych. Jan.**

Mittheilung von zwei schweren Fällen von Morphinismus; der erstere betraf einen jungen Advokaten, der über 2 Jahre 0,23 Morphium pro die injicirte und durch plötzliche Entziehung geheilt wurde. Derselbe beging, als während einer Seefahrt ihm das Morphium ausging, einen raffinirten Einbruch in die Schiffsapotheke; weitläufig plädirt Verf. für die Aufhebung der freien Willensbestimmung bei gewissen Morphinisten. Seine Ausführungen sind nicht präcise, wie eben über solche Thesen nicht generell entschieden werden kann. — Der zweite Fall betraf einen Arzt, der es bis 0,5 Morphium pro Tag brachte, nach wiederholten plötzlichen Entziehungskuren immer wieder rückfällig wurde, später angeblich in Folge therapeutischer Substitution des Morphium durch Alkohol Trinker, atactisch und sehr elend wurde, nach einer erfolgreichen Entziehungskur wieder zurückfiel und schliesslich chronisch geisteskrank mit religiösen und sexuellen Wahnideen wurde. — Daraus folgert Verf. die Schädlichkeit einer Substitution von Alkohol in der Entziehungskur; er zieht die plötzliche Entziehung, sofern nicht somatische Contraindicationen bestehen, der allmäligen vor.

Andere Intoxicationen.

Tschisch, **Ueber Veränderungen des Rückenmarks bei Vergiftung mit Morphium, Atropin, Silbernitrat und Kaliumbromid. — *Virchow* Arch. 100.**

T. fand bei Vergiftung mit obigen Substanzen bei Hunden mikroskopisch nachweisbare Veränderungen zumal an den Zellen der grauen Substanz des Rückenmarks; auf das Detail kann hier nicht eingegangen werden.

Digitized by Google

***Planat,* Beobachtung eines Falles von Hystero-Somnambulismus mit Hallucinationen nach einer toxischen Dose von Kampher. — Annal. med.-psych. März.**

Ob der beschriebene, an sich interessante deliriumhafte Aufregungszustand etwas mit dem vorausgehenden Einnehmen von 20 g Kampher zu thun hat, scheint sehr fraglich.

***Cuylits,* Diagnostik des Alcoholismus und der Bleiintoxication. — Bulletin de la soc. de méd. mentale de Belgique 1.**

Da die psychischen und nervösen Symptome der chronischen Bleiintoxication denen des Alcoholismus sehr ähnlich sein können, so hält *C.* für ein nützliches diagnostisches Hülfsmittel, dass (nach *Dumoulin*) die Haut des Bleivergifteten bei Berührung mit Schwefelalkali (also Schwefelbad) sich schwärzt?

***Rehm,* Chloroformsucht. — Berl. klin. Wochenschrift 20.**

R. berichtet über die ihm aus der Literatur bekannten wenigen Fälle von gewohnheitsmässigem Chloroformmissbrauch, und beobachtet zwei weitere Fälle:

Ein 47jähriger Apotheker, der wegen einer Neuralgie bereits 4 Jahre viel Morphium nahm (anscheinend ohne dass sich Morphiumsucht entwickelte, und anscheinend periodisch ohne Abstinenzbeschwerden), gebrauchte, da das Morphium nur noch bei sehr hohen Gaben Erleichterung brachte, seit 2—3 Jahren Chloroform, anfangs zur Schmerzstillung, später gewohnheitsmässig. Im Allgemeinen inhalirte er nur bis zu einem gewissen Verblassen der Sinneseindrücke. Das sich rasch zur unwiderstehlichen Sucht entwickelnde Chloroformbedürfniss wurde mit zunehmender Rücksichtslosigkeit befriedigt. Ausser den Erscheinungen körperlicher Decrepidität und hochgradiger Leberanschwellung entwickelte sich eine Abnahme des Gedächtnisses, Reizbarkeit, melancholische Verstimmung und Misstrauen, Schlaflosigkeit. Delirien und Krämpfe sollen nie eingetreten sein. — Die zweimalige plötzliche Entziehungskur gelang rasch und stellten sich keine besonderen Abstinenzbeschwerden ein. Patient wurde alsbald rückfällig und anscheinend später Alkoholist. — Der Fall erscheint nicht rein, da die Periodicität in demselben eine grosse Rolle gespielt zu haben scheint.

Der zweite Fall betraf eine Dame, die nachdem sie 30 Jahre lang Chloroform Abends als Schlafmittel, zuletzt innerlich genommen, in ihrem 70. Lebensjahre einen Anfall von tobender delirirender Erregung bekam, wonach sie dem Chloroform entsagte und statt dessen reichlich starken Wein trinkt. Dabei soll sie körperlich und intellectuell sehr rüstig, aber misstrauisch und nunmehr wie die Morphinisten sein.

Charakteristische Symptome sind weder in diesen noch in den sonst bekannten Fällen von Chloroformmissbrauch bekannt geworden.

Digitized by Google

Lyssa.

Dujardin-Beaumetz, **Bericht über die Fälle von Wuthkrankheit bei Menschen, welche in den Jahren 1881, 1882 und 1883 im Departement de la Seine beobachtet wurden. — Revue d'hygiène, März 1884. Vierteljährlich f. gerichtl. Med. 1885. 1.**

In den genannten drei Jahren wurden 34 Fälle von Wuthkrankheit constatirt, 31 mal wurde die Wuth durch den Biss von Hunden erzeugt, 3 mal durch den von Katzen. Die wüthigen Thiere bissen 18 mal in die Hand oder das Handgelenk, 14 mal in das Gesicht, 2 mal nur wurde durch Kleider gebissen.

Von 18 Wunden waren 14 leicht, 4 schwerer, woraus hervorgeht, dass auch die kleinen Wunden zur Ueberimpfung des Wuthgiftes ausreichen, ja zuweilen genügt die Berührung der Schleimhäute eines Menschen durch Zunge eines wüthigen Hundes.

Keine der von der Wuthkrankheit befallenen Personen hatte die behördlicherseits angerathenen Vorsichtsmaassregeln angewendet. Die Incubationsdauer ist in 32 Fällen bekannt, sie betrug 5 mal 1 Monat und weniger, 16 mal 1—2 Monat, 8 mal 2—4 Monat und 6 mal noch längere Zeit (einmal 2 Jahre 95 Tage? Dies scheint aber eine falsche Beobachtung zu sein).

Verf. bespricht dann in eingehender Weise die beobachteten Symptome, die eingeschlagene Behandlung und die pathologische Physiologie der Hundswuth, endlich die einzuschlagende Prophylaxe. Hierbei berührt er die eigenthümliche Thatsache, dass *Pasteur* bei seinen nun allseits bekannten Thierversuchen Hunde fand, die selbst bei Anwendung der Trepanationsimpfung und der directen Einführung des Wuthgiftes in die Blutbahn sich vollkommen indifferent gegen letzteres verhielten.

---

11. Idiotie und Cretinismus. Referent: Köhler-Hubertusburg.

Pfleger, **Ueber Idiotismus und Idiotenanstalten. Vortrag geh. in der Section f. öff. Gesundheitspflege d. Wiener medicinischen Doctoren-Collegiums. 1882.**

Die Wichtigkeit und das Durchdrungensein von der Nothwendigkeit der Fürsorge für die Idiotenpflege illustrirt Vf. zunächst durch die Vorbereitungen und Anstrengungen, welche in einzelnen Ländern zur Errichtung von Idioten-Bildungs- und Pflegeanstalten bereits seit Jahrzehnten ge-

Digitized by Google

macht worden sind und zählt an der Hand der geschichtlichen Thatsachen diejenigen Länder auf, welche mit Errichtung derartiger Anstalten den Anfang gemacht haben.

Schon unter Maria Theresia und Joseph II. wurden in Spitälern und Klöstern kleinere Abtheilungen für Idioten eingerichtet, allein trotz der vielfachen, dringlichen Empfehlungen Seitens namhafter Aerzte, wie *Iphofen* (1817), *Knolz* (1829), *Tropler*, *Guggenbühl* (1840) u. a. m. gelangten diese ersten, kleineren Versuche nicht zur rechten Entwickelung oder verkümmerten aus Mangel an Subsistenzmitteln. Trotzdem waren diese Vorbereitungsarbeiten nicht vergeblich, dieselben gaben vielmehr immer von Neuem den Anstoss zu neuen Anstrengungen und Unternehmungen, seitdem die öffentliche Wohlthätigkeit dafür interessirt wurde und namentlich die Regierungen ihre Aufmerksamkeit und Mittel darauf verwendeten. So entstand unter den Bemühungen *Guggenbühl's* 1840 die Cretinenanstalt auf dem Abendberg in der Schweiz, Mariaberg auf Grund der epochemachenden Arbeiten von *Rösch; Sägert* in Berlin gründete eine Anstalt für blödsinnige Kinder, *Kern* in Gohlis und in Sachsen wurde die erste Staatsanstalt in Hubertusburg durch *Eltmüller* 1852 in's Leben gerufen. Mit der grösseren Aufmerksamkeit, welche diesem internationalen Elend gewidmet wurden, wuchs das Interesse an der Fürsorge und entstanden in allen Ländern Mitteleuropas, vor allen in Deutschland derartige Anstalten. Auch in Oestreich wurden auf diesem Felde grosse Anstrengungen gemacht, und Vf. geht in seiner Arbeit darauf aus, ein immer lebhafteres Interesse zu wecken und auf den herrschenden Nothstand in Oestreich hinzuweisen.

Zunächst stellt er den Begriff des Idiotismus fest, den er als einen krankhaften Zustand der Nervencentren bezeichnet, welcher angeboren oder in frühester Kindheit erworben mit geistiger Schwäche auftritt. Diese pathologischen Veränderungen, welche das Gehirn in seiner Entwickelungsperiode treffen, beeinflussen und hemmen die ganze körperliche und geistige Entwickelung. Die Schwäche der Intelligenz kann in den verschiedensten Graden auftreten, von dem gewöhnlichen Schwachsinn (Imbecillität), etwas unter dem Durchschnittsniveau normaler Kinder stehend und hinter den gleichalterigen Kindern zurückbleibend, — bis zum höchsten Grad geistiger Schwäche, der geistigen Nullität (Blödsinn, Idiotismus). Als Complication tritt hierzu noch der Cretinismus, d. h. Idiotismus mit körperlicher Missstaltung, welcher bald endemisch, bald sporadisch in die Erscheinung tritt. Der Art nach unterscheidet Vf. zwei Haupttypen: den apathischen oder torpiden mit allgemeiner Trägheit bis zur Unbeweglichkeit, Empfindungslosigkeit aller Sinne für äussere Eindrücke verbunden — und den erethischen oder versatilen Blödsinn mit lebhaften, häufig wechselnden, unmotivirten Bewegungen, Unruhe, Reizbarkeit und nur flüchtig vorübergehender Empfänglichkeit der Eindrücke. Dieser Gesammtausdruck der geistigen Defecte ist für die einzelnen Seelenvermögen nicht gleichartig und gleichwerthig, bald ist die Auffassung und das Gedächtniss, bald das Gemüthsleben und die

Digitized by Google

Willenssphäre weniger betroffen, und hierin liegt die individualisirende Aufgabe der Pflege, Behandlung, Erziehung und des Unterrichtes, auf der anderen Seite aber beim Mangel oder bei unrichtiger Behandlung auch die wachsende Gefahr für das Individuum und die Gesellschaft im fortgeschrittenen Alter und bei gesteigerter Energie in den impulsiven und perversen Handlungen der Idioten.

Den psychischen Defecten parallel geht auch die äussere Erscheinung; das Längenwachsthum bleibt entweder zurück oder tritt erst später, als die Norm, hervor, der Schädel zeigt in der Regel Abweichungen nach Grösse und Form, dasselbe gilt auch von einzelnen Organen, den Zähnen, der Zunge, dem Gaumen, der Schilddrüse und den Geschlechtsorganen, deren Functionsfähigkeit meist herabgesetzt ist, öfters aber ganz fehlt.

Als Complicationen des Idiotismus führt Vf. die häufigen paralytischen Erscheinungen (die eigentliche Paralyse der Irren in rudimentärer Form ist nur in vereinzelten Fällen beobachtet worden. Ref.), halbseitige Lähmungen, Contracturen einzelner Muskeln und Muskelgruppen (Strabismus, Nystagmus, Klumpfüsse etc.), Krampfzustände jeder Art an und erblickt sogar in der Taubstummheit eine Quelle des Idiotismus in Fällen von Vernachlässigung und Verwahrlosung. Ebenso kommen beim Idiotismus die meisten Formen psychischer Störungen in rudimentärer Form vor, ausser den vorübergehenden oder periodischen Exaltations- und Depressionszuständen: melancholische Angst-, maniakalische Aufregungszustände, seltener Wahnsinn und Verwirrtheit, häufiger aber eine Art epileptischen Irreseins. Die Lebensdauer ist im Allgemeinen verkürzt, theils durch das Grundübel, die Gehirnaffection, theils durch die Complicationen, theils unter dem Einfluss von Kachexien. Die Ursachen des Idiotismus können sehr mannigfaltige sein und entweder in dem Erzeuger selbst liegen (Psychosen, Trunksucht, hohes Alter oder Unreife), oder auch während der Fötalperiode in dem Mutterboden erzeugt sein durch individuelle oder endemische Schädlichkeiten oder auch während und nach der Geburt, in den ersten Lebensjahren, herbeigeführt werden durch Läsionen der Centralorgane, acute und chronische Infections- und Constitutionskrankheiten, durch Verkümmerung und Verwahrlosung in der Pflege und Ernährung. Hauptsächlich ist hierher auch die psychische Ueberanstrengung der Kinder in ihrer Entwickelungsperiode zu rechnen. Die Diagnose ist nur in den mit Taubstummheit complicirten und in denjenigen Fällen erschwert, wo der Blödsinn erst später erworben ist und wird gesichert durch eine genaue Anamnese, durch Erforschung des Entwicklungsganges und den vorhandenen Vorrath von Anschauungen und Begriffen gegenüber normalen Kindern gleichen Alters.

Die Prognose ist insofern ungünstig, als eine Heilung an sich ausgeschlossen ist; hingegen bieten die leichteren Fälle des Idiotismus unter geeigneter Pflege, Anleitung und Behandlung immerhin die Hoffnung, zu nützlichen, wenn auch nicht selbständigen Menschen herangebildet zu werden, während die schwereren Fälle unter gleichen Bedingungen wenigstens aus

Digitized by Google

der thierischen Versunkenheit herausgehoben und lenksam gemacht werden können. Der Weg hierzu ist zunächst Beseitigung der äusseren Hindernisse zur Entwickelung, soweit dies möglich ist, Gewöhnung an Sauberkeit, Ordnung, Anleitung zu den richtigen Handgriffen bei gewöhnlichen Verrichtungen, Erziehung also im weitesten Sinne, zweckmässige Beschäftigung, zum richtigen Sprechen und endlich Unterricht, welcher unter ganz besonderer Berücksichtigung aller individuellen Eigenthümlichkeiten weit unter der ersten Stufe des Elementar-Unterrichtes beginnend, erst ganz allmälig aufsteigt und namentlich sich unausgesetzt mit nützlichen Beschäftigungen im Haus und Garten und leichten Handwerksanleitungen verbindet.

Um die Idioten der Gefahr der Vernachlässigung oder Verwahrlosung zu entreissen, der sie entweder aus falscher Scham der Angehörigen oder durch unrichtige Anwendung des Separatunterrichtes und Separatpflege durch eigene Hauslehrer, oder endlich durch Missachtung armer Eltern und Gemeinden ausgesetzt sind, ist es nöthig, besondere Anstalten für diese Unglücklichen zu errichten. Wenn diese für alle Formen und Grade des Idiotismus ausreichen sollen, bedarf es einer besonderen Gliederung derselben. Vf. folgt hierin den Vorschlägen *Knapp's*, welcher entsprechend der schon längst von *Kern* practisch eingeführten Gliederung seiner Anstalt 4 Abtheilungen postulirt: 1) das Kinderasyl für idiotische Kinder unter 5—7 Jahren, 2) die Unterrichts- und Erziehungsanstalt, 3) die Beschäftigungsabtheilungen und 4) das Asyl für bildungsunfähige Idioten, mit welchem gleichzeitig eine Abtheilung für Kranke, Gebrechliche und Epileptiker verbunden sein soll. Die Einrichtung einer solchen Anstalt müsste sich, wenn sie neu gebaut würde, am geeignetsten an den Plan gut eingerichteter Irrenanstalten anlehnen, unter ganz besonderer Berücksichtigung einerseits des kindlichen Alters (wie in einem Kinderhospital), andererseits der Kranken, Verkrüppelten und Epileptiker. Die Anlage solcher Anstalten, ihre Umgebung, innere Ausstattung und Gruppirung, wie sie Vf. postulirt, zeugt von eingehender Sachkenntniss und Vorliebe für dieses Fach, und es ist richtig, dass man wie für die Irren, auch für die Idioten eigne, neue und zweckentsprechende Anstalten aufführen solle; allein noch muss man sich meist mit adaptirten alten Schlössern und preisgegebenen Gebäuden begnügen.

Es ist vielfach darüber discutirt worden, woher das Lehr- und Pflegepersonal für die Idioten zu nehmen sei und insbesondere darüber, wer als der Leiter der Idiotenanstalten am zweckdienlichsten anzusprechen sei. Allenthalben ist man zu der Einsicht gelangt, dass nur Denjenigen die Pflege und Fürsorge in leiblicher und geistiger Beziehung anzuvertrauen sei, die dazu berufen sind durch innerste Ueberzeugung, Liebe zur Sache und Selbstverleugnung den Elenden beizustehen und mit seltener Geduld und Ausdauer den unfruchtbaren Boden zu bebauen. Denn die Pflege der Hülflosen und Verwahrlosten, ihre Erziehung und Leitung bereitet erst dem Pädagogen den Boden, den er bebauen soll, und daher darf das Erstere nicht unterschätzt werden. Anders verhält es sich auch nicht bei dem Leiter einer solchen

Digitized by Google

Anstalt, der dem Lehr- und Wartpersonal in allen Dingen vorangehen und demselben in jedem einzelnen Fall den rechten Weg zeigen soll. Indess sind die Pfleglinge als Gehirnkranke ganz analog den Irren zu beurtheilen, alle ihre psychischen und physischen Aeusserungen als Ausfluss der abnormen Centralorgane anzusehen und ihre Behandlung ganz dem individualisirenden Ermessen des Arztes, d. h. des Psychiaters anzupassen. Daraus folgt, dass die Leitung nur in die Hände eines Psychiaters zu legen ist, der, wie *Kern*, *Kind* u. A. am zweckmässigsten zugleich Pädagog sein möchte. Die Schwierigkeit und Seltenheit einer solchen Vereinigung in einer Person drängt zur Theilung der Fürsorge in der Weise hin, dass der ärztliche Leiter mit dem Pädagogen in allen Dingen Hand in Hand gehe und dass die ganze Behandlung mit Einschluss des Lehrfaches und aller Beschäftigungen gleichsam nach dem ärztlichen Recept zur Ausführung gelange.

Bericht über die IV. Conferenz für Idioten-Heilpflege zu Hamburg Sept. 1883. — Ztschr. f. d. Idiotenwesen. Nach den stenographischen Niederschriften von *Reichelt*. Jhrg. 1884.

Die Präsenzliste weist 46 Mitglieder, darunter 8 Aerzte und 7 Gäste auf.

In der Vorversammlung am Abend des 4. Sept. erstattete der Präsident *Sengelmann* zunächst Bericht über Alles, was in dem verflossenen Triennium auf dem Gebiete der Idioten-Heilpflege geschehen und berichtet, dass die in der zweiten Conferenz in Aussicht genommenen und beim Ministerium beantragten besonderen Zählkarten für die Idioten, da die für die Irrenstatistik eingeführten Formulare den Verhältnissen nicht entsprechen, die Zustimmung der höchsten Behörde nicht gefunden haben. Ferner erwähnte derselbe die durch Beschluss der Stuttgarter Conferenz zum Organ des Idiotenwesens erhobene Zeitschrift von *Schröter* und *Reichelt*, welche einem dringenden Bedürfniss abgeholfen und sich lebensfähig gezeigt habe, obwohl ihr eine noch weitere Verbreitung und regere Betheiligung zu gönnen sei. Die Resolution, welche in Stuttgart gefasst wurde, dass es wünschenswerth sei, dass schwachsinnige taubstumme Kinder in besonderen Anstalten am liebsten von Taubstummenlehrern unterrichtet werden, habe bereits einen Erfolg gehabt. In der Taubstummenanstalt in Wilhelmsdorf bei Ravensberg in Würtemberg sei nicht blos eine besondere Abtheilung, sondern sogar ein Neubau für diese zurückgebliebenen Taubstummen begründet worden. Die Anstalt in Hubertusburg wurde um 50 Plätze erweitert, Hephata in Gladbach hat ein Asyl für erwachsene Idioten erhalten, das Alice-Stift in Darmstadt wurde Staatsanstalt und erhielt einen weiteren Umfang; in Mosbach im Grossh. Baden wurde eine Idiotenanstalt neu gegründet, die Anstalt in Dalldorf eröffnet, und so sind allenthalben Neubauten, Erweiterungen, Verbesserungen zu verzeichnen, welche von dem wachsenden Interesse und regeren Eifer für die Idiotensache Zeugniss ablegen. Redner gedachte aber auch der hohen Abgeschiedenen in dankbarer Verehrung, welche mit warmer Menschenliebe auch an

Digitized by Google

der Idiotenfürsorge eine rege Betheiligung zeigten: des Grossherzogs v. Meklenburg-Schwerin und des Prinzen Karl v. Preussen.

Die hierauf vorgenommene Wahl des neuen Präsidiums fiel nach besonderem Antrag von *Pflugk* (Hubertusburg) auf die alten Mitglieder per acclamationem, Past. *Sengelmann* in Alsterdorf, Dr. *Kind* in Langenhagen und Dir. *Barthold* in Gladbach.

Die erste Hauptversammlung begann mit der sehr herzlichen Begrüssung der Conferenz im Namen des Senates von Hamburg durch dessen Vertreter Senator Dr. *Lehmann*, welcher die warme Theilnahme der Stadt an den humanen Bestrebungen aussprach, auf die werkthätige Liebe hinwies, die auch in einer Handelsstadt hervortrete und den menschenfreundlichen Bestrebungen dieser Wanderversammlung das lebhafteste Interesse entgegenbringe. Im Anschluss hieran sprach der Präsident im Namen der Versammlung seinen Dank aus und ging darauf zur Tagesordnung über, indem er zuerst dem Pfarrer *Falch* aus Stuttgart das Wort ertheilte, welcher zur Besprechung des Themas: „der Idiotismus (Schwachsinn) vor Gericht" einige Thesen aufgestellt hatte.

Von einer Auseinandersetzung sah *F.* ab, weil er das Thema in dem Conferenzorgan schon ausführlich besprochen hatte, referirte aber diejenigen Fälle von Schwachsinn, welche ihm als Gefängnissgeistlichen zur Anschauung gekommen waren und als Ausgangspunkt für eine daran zu knüpfende Debatte dienen sollten.

1) Ein Tagelöhner, von trunksüchtigen Eltern abstammend, von Jugend auf geistig schwach, plump und ungeschickt in seinem Aeussern, in der Erziehung vernachlässigt und verwahrlost, zum Müssiggang und Bettel angehalten, machte in der Schule nur geringe Fortschritte, wurde aber trotzdem zur Confirmation zugelassen. Vom 19. Jahre an machte er sich wiederholt des Verbrechens der Sachbeschädigung schuldig und wurde jedesmal mit Gefängniss bestraft. Erst nach dreimaliger Bestrafung gelangte sein psychischer Defect zur sachverständigen Begutachtung, in Folge deren er einer Anstalt übergeben wurde.

2) Ein 39jähriger Tagelöhner war wegen groben Sittlichkeitsvergehens zu 6monatlicher Gefängnissstrafe verurtheilt worden. Er war Idiot, konnte seinen Namen nicht schreiben, von dem Geistlichen für geistig und sittlich unzurechnungsfähig beurtheilt und in Berücksichtigung seiner Verstandesschwäche mit dem geringsten Strafmaass belegt. Während seiner Haft hatte er nicht das geringste Verständniss von seiner Lage und zeigte sich bei aller Gutmüthigkeit sehr sinnlich und gefrässig.

3) Ein 21jähriger Fuhrmann, dessen Vater wegen Trunksucht entmündigt wurde, von blödem Aussehen und grosser Gedankenarmuth, war zu wiederholten Malen wegen desselben Vergehens — Widersetzlichkeit gegen die Staatsgewalt — verurtheilt worden, nicht einmal unter mildernden Umständen.

4) Ein 44jähriger verheiratheter Bauer, dessen geistige Beschränktheit

Digitized by Google

schon von der Schule her bezeugt war, wurde wegen Gewaltthätigkeit gegen seinen Stiefvater zu Gefängniss verurtheilt und zeigte im Gefängniss grosse Geistesarmuth, Unruhe und Mangel an Selbstbeherrschung.

5) Ein 47jähriger Tagelöhner hatte bereits vielfache Vorstrafen wegen Bettelns, Widersetzlichkeit etc. erlitten, als er schliesslich wegen Sachbeschädigung (Zerschneiden von Pferdegeschirren und Kleidern) zu 3 Monaten Gefängniss verurtheilt wurde. Er zeigte sich als vollkommener Idiot mit Schwerhörigkeit, Sprachdefect und Kropf und stammte aus einer sehr belasteten Familie.

6) Ein lediger Arbeiter von 45 Jahren, als Müssiggänger und widersetzlicher Mensch allgemein bekannt, mit erblicher Belastung, schwerhörig und schwachsinnig, wurde wegen Körperverletzung ohne Milderungsgrund verurtheilt.

7) Ein 21jähriger Bauernknecht war wegen widernatürlicher Unzucht verurtheilt, nachdem er schon früher wegen Diebstahls und Widersetzung mehrmals bestraft worden war. Er war schon früher als schwachbefähigt geschildert und gab im Gefängniss die Unfähigkeit, seine thierischen Triebe zu beherrschen, zu erkennen.

An diese selbstbeobachteten Fälle anknüpfend stellt Redner folgende Thesen auf:

I. Es ist Thatsache, dass 1) auch schwachsinnige Individuen mit dem Strafgesetz in Conflict kommen, und zwar häufig unter dem Einfluss einer in ihrem krankhaften Geisteszustand begründeten Nöthigung zu verbrecherischen Handlungen, oder wenigstens unter dem Einfluss einer ebenso begründeten und durch Affecte leicht zu steigernden Erschwerung der Willensbestimmung; 2) dass auch solche Individuen trotzdem vor Gericht gestellt, verurtheilt und den Strafanstalten übergeben werden.

II. Die eine Ursache dieser Erscheinung liegt in den Bestimmungen des deutschen Strafgesetzes, welches zwar im § 51 auch dem Schwachsinn Straffreiheit zuerkennt, aber diesen Begriff zu einer krankhaften Geistesstörung einengt, welche die freie Willensbestimmung ausschliesst; denn es gibt auch Zustände, die trotz der noch bestehenden freien Willensbestimmung einen anderen Maassstab der Beurtheilung erheischen; und wenn auch ein Milderungsgrund nach dem Strafgesetz zulässig erscheint, so ist dies doch gänzlich dem subjectiven Ermessen des Richters anheimgegeben.

III. Der andere Grund liegt in unzureichender Anwendung derjenigen Bestimmungen, welche den Schwachsinnigen zu Gute kommen und zwar aus Unkenntniss der mannigfachen Abstufungen idiotischer Geisteszustände und deshalb aus Mangel an sachverständiger Untersuchung.

IV. Ebenso wird den Schwachsinnigen in den Strafanstalten selbst nicht die gehörige Beachtung und entsprechende Behandlung zu Theil.

V. Es resultirt hieraus die Aufforderung für alle Freunde des Idiotenwesens, dem Schwachsinn in allen seinen Abstufungen einen wirksameren Schutz vor Gericht zu sichern, 1) durch einschlagende Bestimmungen im

Digitized by Google

Strafgesetz über Anwendung von Milderungsgründen auch da, wo die freie Willensbestimmung nicht völlig ausgeschlossen ist, 2) durch vorherige sachverständige Untersuchung und dem Zustande angemessene Behandlung, 3) durch Aufklärung des Publikums über den Idiotismus und Belehrung in den juridischen und medicinischen Zeitschriften.

Diese Thesen gelangten einzeln zur eingehenden Besprechung. Die These I. wurde ohne Discussion angenommen. Die These II. rief eine lebhafte Debatte hervor und fand zunächst Widerspruch beim Senator Dr. *Lehmann*, welcher hervorhob, dass der Richter nach seiner Ueberzeugung bei Beurtheilung des Rechtsfalles handele, dass nicht alle Cautelen im Gesetz vorgesehen werden können, wogegen Dir. *Barthold* (Gladbach) bestätigte, dass nicht alle Fälle von Schwachsinn vor Gericht gehörig berücksichtigt worden sind und nach dem Postulat der These in jedem Falle eine Untersuchung durch Sachverständige vorhergehen müsse. P. *Sengelmann* konnte nur Abhilfe in der Versetzung derartiger zweifelhafter Fälle in Idiotenanstalten erblicken, während *Kind* (Langenhagen) die gesammten Thesen als noch nicht spruchreif anerkennt, dieselben aber nicht von der Tagesordnung abgesetzt wissen wollte und deshalb beantragte, dieselben zur weiteren Erwägung einer Commission zu überweisen.

Zu These IV. bestreitet P. *Ebart* die Möglichkeit, dass in den grossen Strafanstalten Seiten des Anstaltsdirectors eine individualisirende Behandlung der Idioten ausführbar sei, so lange nicht der Begriff der Idiotie festgestellt sei (!), je mehr Freiheit man ihnen gewähre, desto mehr Verantwortlichkeit müsse man dem Individuum beimessen (das würde nur bei Vollsinnigen zutreffen. Ref.). Dagegen erheben die meisten Sprecher Bedenken und kommen darin überein, dass für solche Schwachsinnige besondere Anstalten gegründet werden müssten, analog den Anstalten für verbrecherische Irre (*Kölle*), oder dass sie während der Untersuchungszeit den Idiotenanstalten überwiesen werden könnten (*Barthold*), oder endlich, dass bei der Untersuchung wenigstens ein Arzt als Sachverständiger hinzugezogen werden müsse (*Berkhan*). Wenn auch diese Angelegenheit noch nicht spruchreif sei, so könne man doch nicht früh genug auf derartige Missstände aufmerksam machen, und es sei wichtig, dass Juristen und Psychiater zunächst sich hierüber vereinigten (*Barthold*). Zu These V. findet keine Discussion statt.

Hierauf kamen 2 Fälle zum Vortrage, welche, an die *Falch*'schen Thesen sich eng anschliessend, eine bedeutsame Illustration zu der Nothwendigkeit einer sachverständigen Untersuchung und Begutachtung abgaben.

Der eine Fall betraf einen Idioten, welcher, ohne entmündigt zu sein, ein von ihm selbstgeschriebenes Testament zu Gunsten seiner Schwester hinterlassen hatte, das ihm zum Abschreiben vorgelegt worden war. Das Gericht hatte dasselbe anerkannt, und nur das Dazwischentreten des Vormundes und die sachverständige Begutachtung *Barthold*'s verhinderte die Auszahlung und führte einen befriedigenden Vergleich herbei.

Der andere Fall, den der Bezirksarzt Dr. *Knapp* aus Deutsch-Landsberg

Digitized by Google

in Steiermark mittheilte, war der Kretinen-Mord in Admont im Jahre 1861, jene grässliche That des grausamsten Mordes mit Verstümmelung eines verkrüppelten Blödsinnigen, welche zwei Kretinen und ein blödsinniger Taubstummer ausgeübt hatten aus Rache dafür, dass das unglückliche Opfer einen Teller Suppe aus dem gemeinsamen Stift erhielt. Beide Kretinen waren von dem Gerichtsarzte als zurechnungsfähig erklärt und daraufhin verurtheilt worden, während nur der Taubstumme wegen seiner Unzurechnungsfähigkeit frei ausging. Redner folgert hieraus die Anregung zur Errichtung von Bewahranstalten und die Voraussetzung psychiatrischer Kenntniss für Gerichtsärzte.

Die zweite Hauptversammlung beschäftigte sich zunächst mit der von *Berthold*-Gladbach zur weiteren Anregung aufgestellten Frage: „Kann ein confirmirter Idiot einen Eid vor Gericht ablegen, resp. begründet die erfolgte Confirmation eines Idioten die Befähigung desselben zum Zeugeneid?“ Nach Zugrundelegung seiner Auffassung, dass die Confirmation 1) eine religiös-sittliche (Erneuerung des Taufbundes und Verpflichtung zu einem gottgefälligen Leben), 2) eine kirchenrechtliche (Befähigung zur Theilnahme an dem heil. Abendmahl, Berechtigung zur Ausübung der kirchlichen Rechte), 3) eine civilrechtliche Bedeutung (Eheschliessung, Zeugenleistung, Eidesleistung) habe, resumirt Redner seine Ansicht dahin:

a) Ein Idiot kann wohl zur Confirmation befähigt und dadurch des kirchlichen Segens theilhaftig werden,

b) auch kann ein Idiot unter Umständen wohl zur Aufnahme des Zeugenbeweises unbeeidigt als Zeuge vernommen werden:

c) aber die weiteren kirchen- und civilrechtlichen Folgerungen aus der Confirmation finden auf ihn keine Anwendung und

d) insbesondere befähigt ihn die empfangene Confirmation nicht zur Eidesleistung.

In dasselbe Gebiet beschränkter Zurechnungsfähigkeit gehört das folgende Thema, das Lehrer *Reichelt*-Hubertusburg zur Sprache bringt: „Soll man confirmirte Geistesschwache zur Ableistung der Militärpflicht heranziehen lassen?“ Redner kommt auf Grund mehrerer Fälle aus eigener Erfahrung, in denen der vorhandene Schwachsinn den Ernst und die Strenge der militärischen Disciplin nicht zum rechten Bewusstsein kommen liess und grobe Dienstvergehen zur Folge hatte, zu dem Schluss, dass Fürsorge getroffen werden müsse Seiten der Anstaltsvorstände, derartige ehemalige Zöglinge von dem Militärdienste zu befreien.

Barthold spricht hierauf über die üblen Erfahrungen, welche durch die Unterbringung von Idioten in Landarmen- und Altersversorganstalten gemacht werden, indem namentlich Gemeinden des Kostenpunktes wegen sich in dieser Weise der ihrer Fürsorge zufallenden Idioten entledigen, statt dieselben den Idiotenanstalten zu überweisen und gibt zu dem Conferenzbeschluss Anlass: „es ist gehörigen Ortes dahin zu wirken, dass die Gemeinden nicht ihre jugendlichen Idioten in jedem be-

Digitized by Google

liebigen Landarmenhause unterbringen, sondern in Idiotenanstalten."

Von grossem Interesse war der nächste Gegenstand von *Kind* Langenhagen: „Ueber den Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie", welchen Redner auch in dieser Zeitschrift Bd. 40 ausführlich behandelt hat. Auf Grund reicher und sorgfältig geordneter statistischer Thatsachen sowohl aus eigener Beobachtung, als auch aus der Literatur, bespricht *K.* die Art der Vererbung, den Ausgang der Trunksucht, das Alter und den Stand der Trinker und die degenerirenden Momente, als welche er 1) die neuropathische Constitution (Jähzorn, wunderliches Wesen, Misstrauen, Hysterie), 2) Epilepsie, Chorea, Lähmung, 3) eigentliche Psychosen, 4) moralische Defecte und 5) Dyskrasie (Tuberculose, Syphilis, Scrophulose, Chlorose, Rhachitis und Kropf) aufführt. Die Idiotie selbst wurde durchschnittlich bei 11,38 pCt. beobachtet.

Die dritte Hauptversammlung beginnt mit der Demonstration eines idiotischen Gehirns durch Dr. *Berkhan* in Braunschweig von einem 42jährigen Idioten, welcher im Alter von $1^1/_2$ Jahren an eklamptischen Krämpfen gelitten hatte. In deren Folge hatte sich rechtsseitige Lähmung des Armes, Contractur der unteren Extremität, Erschwerung des Schlingens und Sprachlosigkeit ausgebildet. Das Gehirn, von einem Gesammtgewicht von 862 g, zeigt die Veränderungen der Porencephalie, die linke Hemisphäre war eingesunken, atrophisch, die Windungen fächerartig geschwunden und der linke Seitenventrikel erweitert.

Der hieran sich schliessende Vortrag von *Kölle* ist eine interessante Abhandlung von Dr. *Wildermuth*-Stetten „über die Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie", in welcher Vf. eine tiefwurzelnde anthropologische Verwandtschaft erblickt, denn beide Zustände bilden eine Kette erblicher Defecte des Gehirns, als deren Folge eine von Generation zu Generation gesteigerte Entartung bis zur gänzlichen Verkümmerung auftritt. Er unterscheidet 2 Gruppen: die erste, in denen die Epilepsie als Complication, die andere, in denen sie als Ursache der Idiotie anzusehen ist. Zu der ersten Gruppe hat Vf. 30 pCt. der Idioten gefunden, unter denen am häufigsten difforme Schädel angetroffen werden, über 50 pCt.; zu der zweiten Gruppe rechnet er nur die Fälle, in denen die Epilepsie einen chronischen Verlauf angenommen hat, ohne palpable Hirnveränderungen erkennen zu lassen. Das Alter, in welchem hier die Epilepsie auftritt, ist hier von entschiedener Bedeutung für den Grad der Idiotie, denn je früher die Epilepsie auftritt, um so stärker ist die Hemmung der psychischen Entwickelung, um so schwerer die Formen. Vf. hat 50 pCt. von Idiotie gefunden, von denen nur 10 pCt. mehr oder weniger bildungsfähig sind, nur ein kleiner Procentsatz bleibt geistig intact (?). Die secundäre psychische Störung beginnt regelmässig mit Schwäche des Gedächtnisses, dem sich intellectuelle Abnahme mit Verlangsamung der Reflexthätigkeit anschliesst: später treten die eigentlichen epileptischen Psychosen in der Form von Manie

Digitized by Google

oder Delirien mit religiöser Färbung, mannigfachen Bizarrerien und Monomanien hinzu oder auch melancholische Verstimmungen. Am verhängnissvollsten sind die Fälle, in denen die Epilepsie auf bestimmte ätiologische Momente (Trauma und acute Krankheiten) zurückzuführen sind. Die Prognose ist im Ganzen ungünstig, und wenn man es bedenklich gefunden hat, die epileptischen Idioten mit anderen bildungsfähigen Idioten zusammen zu unterrichten, so spricht bei gehörig individualisirendem Unterricht die Erfahrung dagegen: denn durch die gemeinsame Schule wird der Lehrerfolg bei den Epileptikern nicht heruntergedrückt, sondern das Unterrichtsniveau der ganzen Anstalt gehoben. Auch in der ferneren Behandlung erwachsener Idioten und Epileptiker ergibt sich eine Analogie, welche auch nach der Unterrichtszeit in den Anstalten zu beschäftigen und zu überwachen sind. Der fundamentale Unterschied aber zwischen diesen beiden Kategorien ist: die Idiotie ist unheilbar, nur in bescheidenen Grenzen besserungsfähig; bei der epileptischen Psychose kann man zwar nicht immer heilen, wohl aber den Kranken vor tieferem geistigen Verfalle bewahren.

Den letzten Gegenstand der Tagesordnung bildeten die von Lehrer *Kielhorn*-Braunschweig aufgestellten und motivirten Thesen „über Hülfsklassen für Halbidioten". 1) Diese Hülfsklassen sind zur Zeit eine Nothwendigkeit. 2) Wir haben die Erziehung und Erwerbsfähigkeit anzustreben. 3) Die Halbidioten sind in denselben bis zur Confirmation zu belassen. 4) Der Confirmandenunterricht muss im letzten Schuljahre dem Fassungsvermögen angepasst werden. 5) Die Confirmation soll erst mit dem 15. Lebensjahre erfolgen. 6) Nach dem Austritt aus dem Schulleben sollen sich die Hülfsklassen der Entlassenen auch fernerhin annehmen. Nach einer lebhaften Debatte kehrte man zu der in der Stuttgarter Conferenz gefassten Beschlussfassung zurück, für Imbecille besondere Klassen in grösseren Städten zu errichten.

Die nächste Conferenz wurde für 1886 in Graz in Aussicht genommen, und nach Schluss der Conferenz wurden die Alsterdorfer Anstalten besichtigt.

Virchow, Vorführung der mikrocephalen Becker. — Berl. klin. Wchsch. No. 43.

Seit der letzten Vorstellung dieser Mikrocephalen vor 7 Jahren hat sich deren Körper in entsprechender Weise fortentwickelt, namentlich lassen die Extremitäten normale Verhältnisse erkennen, nicht aber der Schädel, der nur um wenige Millimeter an Umfang zugenommen hat und um so auffälliger durch die spitze Form sich auszeichnet, wie dies allen Mikrocephalen gemeinsam ist. In gleicher Weise sind auch die psychischen Erscheinungen in ihrer Hemmungserscheinung verblieben, namentlich der Mangel an jedem Sprachvermögen. *V.* weist hierbei auf den charakteristi-

Digitized by Google

schen Unterschied hin, welcher zwischen den Kleinköpfen der menschlichen Zwergrassen und den eigentlichen Mikrocephalen bestehen, bei welchen letzteren gerade das Missverhältniss zwischen den weiter entwickelten Körpermaassen und den minimalen Schädelmaassen bestehen.

Erster Jahresber. des Vereins zur Gründung eines Asyls für Erziehung und Pflege schwachsinniger Kinder von 1880—1883. Wien 1884.

Nachdem das lebhafte Interesse für diesen humanen Zweck in den höchsten Kreisen in Wien erweckt und die nothwendigen Vorarbeiten über die Ziele, Art der Einrichtungen und Organisation vollendet waren, wurde durch eine Schenkung des Schlosses Biedermannsdorf nebst Parkanlagen und Feldgrundstücken, sowie durch namhafte Summen von Legaten und Sammlungen das Comite in den Stand gesetzt, das Asyl für Erziehung und Pflege schwachsinniger Kinder unter dem Namen „Stephanie-Stiftung" am 28. Nov. 1883 feierlich zu eröffnen. Das Asyl hat 26 (10 m. 16 w.) Zöglinge, unter denen 6 an Epilepsie leiden, wird geleitet durch die Vorsteherin *R. Frese* und steht unter der Oberaufsicht eines Verwaltungs-Ausschusses. Das Asyl ist in 4 Abtheilungen getheilt: 1) in die Versuchsschule, 2) und 3) in die eigentliche Schule und 4) in die Beschäftigungs-Abtheilung. Nach dem Programm beschränkt sich das Asyl nur auf bildungsfähige Zöglinge, welche nach dem Beschluss des Verwaltungs-Ausschusses vom 5. bis 13., event. 18. Jahre darin verbleiben können; indess ist auch die Errichtung einer Pfleganstalt für bildungsunfähige geistesschwache Kinder nach Maassgabe der vorhandenen Mittel in Aussicht genommen. Ein vom Verwaltungs-Ausschuss erwählter sachverständiger (psychiatrisch gebildeter) Arzt überwacht die Anstaltshygiene, sowie die individuelle ärztliche Pflege, während ein in der Nähe wohnender practischer Arzt die Behandlung intercurrirender Krankheiten zu besorgen hat. Zur Aufnahme sind geeignet Kinder, 1) welche das 5. Lebensjahr überschritten, aber das 13. noch nicht erreicht haben, 2) welche zufolge der Beantwortung eines von einem practischen Arzte ausgestellten (sehr eingehenden und sachgemässen Ref.) Fragebogens für bildungsfähig erklärt worden sind; 3) die nicht hochgradig epileptisch oder erregt oder taubstumm sind. Die Vorschrift, dass auf eine Person 30 cm im Schlafraum und 25 cbm in den Spiel-, Speise- und Lehrräumen berechnet sind, zeugt für die seltene Opulenz der vorhandenen Räumlichkeiten. Die staatliche Oberaufsicht führt die k. k. Bezirkshauptmannschaft in Baden und die k. k. Statthalterei für Niederösterreich. Der Unterrichtsplan ist nach Art und Umfang dem in den bewährtesten Idiotananstalten Deutschlands bereits eingeführten angepasst.

Digitized by Google

Idiotophilos. Systematisches Lehrbuch der Idioten-Heilpflege von Pastor *H. Sengelmann,* Dr., Director d. Alsterdorfer Anstalten. Norden 1885. Erster Band.

Nachdem schon 1877 von Dr. *Ireland* eine zusammenhängende Schrift über Idiotismus in London erschienen ist, muss die vorliegende Schrift, welche mit deutschem Fleiss mit ebenso grosser Gründlichkeit, als reicher Erfahrung abgefasst ist, als ein erheblicher Zuwachs in der deutschen, speciell Idiotenliteratur begrüsst werden. Trotz dieser Gründlichkeit in der Behandlung eines neuen Themas wird der Mangel recht fühlbar, welcher daraus entstanden ist, dass der Vf. in der Besprechung rein ärztlicher und neuropathologischer Gegenstände nicht einen in diesen Fragen competenten Arzt, speciell Psychiater hinzugezogen hat und sich lediglich auf Relationen beschränken musste, welche z. Th. Hand- oder Lehrbüchern aus älterer Zeit mit noch wenig geklärten Anschauungen über Idiotismus entnommen sind. Die Schrift zerfällt in einen theoretischen, historischen und practischen Theil und bespricht zunächst in der Ontologie das Gebiet, die positive Feststellung und negative Abgrenzung der Idiotie, die wissenschaftlich nicht in das Gebiet der Irrenheilkunde, practisch nicht in die Sphäre der Irrenanstalten gehöre (§ 2), eine Behauptung, welche sowohl den practischen Anschauungen der Conferenz für Idiotenwesen, als auch den thatsächlichen Bestrebungen der Psychiatrie, innerhalb einer festgesetzten Commission zur Aufklärung und Förderung des Idiotenwesens stracks zuwiderläuft. Vf. unterscheidet ganz richtig die torpide und erethische Form des Idiotismus, macht aber das Auftreten dieser Formen von dem Einfluss der vier Temperamente abhängig, welche beim Idiotismus doch wohl nur eine sehr untergeordnete, oft gar keine Rolle spielen. Vf. bezweifelt die in der Conferenz zu Stuttgart ausdrücklich anerkannte Nothwendigkeit, Schwachsinnige in besonderen Schulen bezw. Schulabtheilungen zu unterrichten, weil dieselben nicht zum eigentlichen Idiotismus gehören; aber die Erscheinungen der Monomanie der Irren (!), bei denen „eine Scheibe des Denkapparates verdunkelt sei“ auch auf den Idiotismus anzuwenden und dies durch die Existenz der früheren Hofnarren zu erhärten, erscheint denn doch etwas gewagt! Unter den psychischen Symptomen stellt Vf. die Anomalien des Willens (Schwäche und Perversität) voran und rechnet unter die instinctiven Triebe auch jenes impulsive Handeln, welches als Zerstörungstrieb und Pyromanie in die Erscheinung tritt, die Eifersucht und den Sammeltrieb. Eine höhere Entwickelungsstufe des Willens ist die Willkür, noch höher der Eigensinn, dessen höhere Potenzen durch Douchen u. s. w. zu brechen, der Pädagog berufen sein soll. Nächstdem ist die Intelligenz, das Erkenntniss- und Denkvermögen geschwächt, die Wahrnehmungen unklar (oft Folge von Sinnesdefecten), die Vorstellungen verwischt, das Gedächtniss schwach und die Phantasie mangelhaft. Hingegen tritt das Gefühlsleben bei Idioten in der Regel lebhaft hervor, wenn auch wenig motivirt und den Gemüthseindrücken angemessen. Bei Aufzählung der

Digitized by Google

physischen Symptome lehnt sich Vf. mehr an die Aussprüche der ärztlichen Autoren an und behandelt die Anomalien des Gehirns und Nervensystems, der Sinne und Bewegungen erklärlicherweise nur wenig erschöpfend. Dasselbe gilt von den organischen Deformitäten des Schädels mit seinen Organen, sowie der Geschlechtstheile; die functionellen Störungen der Athmungs- und Circulationsorgane, des Verdauungsapparates, der Haut und — des Sprachvermögens.

Als ätiologische Momente zur Erzeugung der Idiotie führt Vf. an, nahe Verwandtschaft der Eltern, Läsionen des Gehirns, Onanie, leibliche und geistige Verwahrlosung, Scrophulose, erbliche Anlage, namentlich Abstammung von Alkoholisten und ausserehelicher Zeugung.

Mit besonderem Fleiss ist der historische Theil gearbeitet, in welchem eine übersichtliche und chronologisch geordnete Darstellung der Entstehung und Entwickelung der Idiotenanstalten bis zur Neuzeit gegeben ist, unter gleichzeitiger Schilderung des Entwickelungsganges der Gründer und Leiter von Idiotenanstalten und deren oft mühsamer Bestrebungen. Vf. beschränkt sich hierbei nicht auf Deutschland, sondern verbreitet sich auch auf das Idiotenwesen fremder Länder und Nationen, soweit ihm die Literatur zugänglich geworden ist, und es ist von Werth, dass er hieran die von ihm benutzte Literatur alphabetisch geordnet anschliesst.

In dem practischen Theil weist Vf. in den „Vorfragen" auf die Nothwendigkeit hin, die Idioten den privaten Verhältnissen zu entnehmen und einer besonderen Anstalt zur Erziehung, Bildung und Pflege zu übergeben und erweitert den bisherigen Begriff der Bildungsfähigkeit, der nur das Ziel der Berufsfähigkeit im Auge hatte, dahin, dass jeder Grad der Erweckung und Bildung der intellectuellen Kräfte, wie der manuellen Geschicklichkeit Aufgabe der Erziehungsanstalten sei. Wenn aber Vf. diese Anstalten ausschliesslich den freien Genossenschaften und nicht den Staatsanstalten zugewiesen wissen will, weil erstere leistungsfähiger sich erweisen sollen, so möchte die noch unerwiesene Behauptung ebenso unhaltbar sein, wie das starre Festhalten an dem Begriff der Heilung des Idiotismus. Wohl aber möchte ihm beigestimmt werden, dass der Arzt und Pädagog in der obersten Leitung sich die Hand bieten, am besten in einer Person vereinigt sein möchten (*Kern*, *Kind*).

Die Aufnahme der Zöglinge muss natürlich auf Grund vorheriger sachverständiger (ärztlicher) Erhebungen in Gestalt von Fragebogen geschehen, worauf sich, vorausgesetzt, dass dieselben erschöpfend ausgefüllt sind, das Urtheil über die Bildungsfähigkeit gründet; während die Entlassung entweder nach erreichtem Anstaltsziel (Confirmation oder Erwerbsfähigkeit) oder wenn ihr Verbleiben sich mit dem Anstaltsleben nicht verträgt: Tobsucht (!), Epilepsie, Taubstummheit und andere störende Complicationen erfolgen soll. Vf. tritt namentlich ein für die Errichtung einer Fortbildungs- und Beschäftigungsanstalt, ohne indess das Asyl für Siechlinge und für das Aussenleben ungeeignete Idioten ganz aus den Augen zu lassen. An das Wartpersonal stellt Vf. ziemlich hohe Anforderungen, da dasselbe gleichzeitig

Digitized by Google

einen Theil des technischen Lehrerpersonals mit ausmachen und einen hohen ethischen Werth besitzen solle.

Das Leben in der Anstalt zerfällt in den Unterricht (Anschauungs-, Sprach-, Lese-, Schreib-, Rechnen-, Sing- und Turnunterricht), in Beschäftigungen zum Zweck künftiger Erwerbsfähigkeit, in Erholung bei Spielen, Spaziergängen und Anstaltsfestlichkeiten und hauptsächlich in der Pflege der Gesundheit sowohl was die Ernährung und Pflege des Körpers nach den Gesetzen der Hygiene, als auch die Krankenpflege anlangt. Für alle diese Gesichtspunkte bringt Vf. ausführliche Belege dar: Fragebogen, Stunden- und Beschäftigungspläne, Hausordnungen und Speisezettel.

Dieser reichhaltige Stoff, gegründet auf practische Erfahrungen und Klärung in den Conferenzen lässt die vorliegende Schrift häuptsächlich hinsichtlich des practischen Theiles für die Idiotenbehandlung und Pflege werthvoll erscheinen, wenn auch der psycho-pathologische Theil den wissenschaftlichen Anschauungen nicht allenthalben entspricht.

***Stanley Davis*, Classification, Erziehung und Bildung der Schwachsinnigen, Imbecillen und Idioten. 1883. — New-York. E. Steiger u. Comp. 25 Park Place.**

In einer sehr klaren und recht übersichtlichen Arbeit bespricht Verf. zuerst die Definition und die Eintheilung der Idiotie, indem er historisch vorgeht und die Ansichten der einzelnen Forscher mittheilt. — Verf. schliesst sich der Eintheilung von *Ireland* an. — Die Erziehung der Idioten. Der erste, welcher den Versuch machte, einen Idioten zu erziehen, war der Arzt des Pariser Taubstummeninstituts *Itard*. Er stellte 3 Hauptpunkte in seinem Programm auf:

1) Entwickelung der Sinne; 2) Entwickelung der intellectuellen Fähigkeiten; 3) Entwickelung des Gemüthslebens. — 1828 wurde in Bicêtre eine Idiotenschule errichtet; 1831 in der Salpetrière, und *Voisin* gründete 1833 in Paris eine Idiotenschule. 1841 eröffnete *Guggenbühl* in der Schweiz sein Institut für Cretinen.

Die erste Idiotenanstalt in England wurde in Bath 1846 gegründet durch Miss *White*. Jetzt sind 8 derartige Anstalten, öffentliche und private, in England, 3 in Schottland und 1 in Irland, in denen über 1000 Idioten und Imbecille untergebracht sind. 1848 wurde die erste Unterrichtsanstalt in den Vereinigten Staaten eröffnet zu Barre Mass. durch *Wilbur*, wenige Monate später eröffnete *Howe* eine derartige Schule in Verbindung mit einer Blindenanstalt. Es folgen dann noch eine ganze Reihe von gleichen Anstalten in den verschiedensten Staaten Nordamerika's.

Verf. bespricht dann die Art der Erziehung der verschiedenen Formen der Idiotie, indem er zugleich einzelne Fälle illustrirend mittheilt. — Es muss auf körperliche und geistige Ausbildung in gleicher Weise Rücksicht genommen, richtet sich aber stets nach der Eigenart des einzelnen Individuums.

Betreffs Einzelheiten des Unterrichts, wo Verf. auch die Ansichten der

Digitized by Google

verschiedensten Fachmänner anführt, muss auf die sehr lesenswerthe Schrift selbst verwiesen werden. *S.*

***Kiernan*, Idiotie und Imbecillität. — Detroit Lancet. April 1884.**

Unter dem Kapitel der Ursachen der Idiotie und Imbecillität erwähnt Verf. die statistischen Zusammenstellungen verschiedener Autoren. *Wilbur* fand unter 675 Idioten und Imbecillen 191 erstgeborene; *Beach* unter 100 — 20; *Down* unter 2000 — 480; unter 443 fand *Mitchell* 138 (31,1 pCt.), und 89 spätgeborene (20,1 pCt.). — In Schottland waren unter 663 Idioten und Imbecillen 108 uneheliche (17,1 pCt.). Von allen 1855 in Edinburg und Glasgow geborenen Kindern waren 22,8 pCt. erstgeborene, unter den in diesem Jahre geborenen 85 Idioten waren 33 pCt. erstgeborene. *Mitchell* ist der Ansicht, dass Idiotie häufiger bei Erstgeburten und Spätgeburten vorkomme, als bei den übrigen. Aehnliche Resultate erhielt *Doone*. *Duncan* sieht Idiotie und Imbecillität als den Ausdruck der Erschöpfung der Mutter in ihrer Productionsfähigkeit an oder als Erschöpfungszustand in der mütterlichen oder väterlichen Familie.

Kind kommt zu folgenden Schlüssen: 1) 9⅓ pCt. Idioten sind unehelich; 2) 29 pCt. sind erstgeborene; 3) die Familien mit idiotischen Kindern sind sehr fruchtbar; 4) die Kinder dieser Familien neigen sehr zu Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen. — Verf. erwähnt dann auch *Virchow*'s Ansicht betreffend die Abhängigkeit der Idiotie von frühzeitiger Verknöcherung der Nähte. — Durch die Eintheilung von *Fletcher Beach* entstehe leicht Confusion; derselbe theilt in congenitale und erworbene Form; — die congenitale Form zerfällt dann in: 1) einfache congenitale; 2) mikrocephale; 3) hydrocephale; 4) scaphocephale; 5) paralytische; 6) endemischer und sporadischer Cretinismus; — die erworbene Form zerfällt in: 1) eklamptische; 2) epileptische; 3) hydrocephalische; 4) paralytische; 5) entzündliche (hypertrophisch), 6) endemischer Cretinismus.

Ireland theilt ein in: 1) hydrocephalische Idiotie; 2) eklamptische; 3) epileptische; 4) paralytische; 5) entzündliche; 6) transmutive; 7) mikrocephale; 8) congenitale; 9) Cretinismus; 10) Idiotie durch „Deprivation", denen 2 oder mehr Hauptsinne fehlen.

Hydrocephalische Idioten sind häufig von schwacher, scrophulöser Constitution; sie sind von allen Idioten am bildungsfähigsten. Die einzelnen Sinne sind oft afficirt. — Die häufigste Ursache der eklamptischen Form ist die Dentition. — Die epileptischen Idioten sind die, bei denen Epilepsie Ursache der Idiotie und nicht Complication derselben ist. Diese Idioten sind nach *Ireland*'s Ansicht bildungsfähiger als andere. Verf. bespricht dann noch den Zusammenhang der Syphilis mit Idiotie und führt die Ansichten von *Virchow*, *Ireland*, *Echeverria* und *Bury* an. *S.*

***Fletcher Beach*, Atrophie des Gehirns bei Imbecillen. — Brain Juli 1884.**

Mittheilung von mehreren Fällen mit genauen Schädelmaassen.

Digitized by Google

Verf. fand, dass die Hirnwindungen einzelner Partien verkümmert waren. Die Occipitallappen waren gewöhnlich bei Mikrocephalen geringer entwickelt, die Insel unbedeckt. *S.*

***Angel Money*, Fall von Idiotie mit allgemeiner Muskelstarrheit in Folge syphilitischer Erkrankung des Centralnervensystems. — Brain. October 1884.**

3½jähriges, uneheliches Kind, gesund bis zu 2 Jahren, dann Krampfanfälle: seitdem verwirrt, sprachlos, unfähig zu gehen. Kam in Hospitalbehandlung und starb da.

Section: Dura mater verdickt; Oedem der Pia und Trübung und Verdickung derselben. Gehirn atrophisch, besonders linke Hemisphäre. Gefässe der Pia mater fast alle thrombosirt. Basilargefässe erkrankt. Eitriger Mittelohrkatarrh. — Diffuse Sklerose des Rückenmarks. *S.*

***Giacomini, Carlo*, Beitrag zum Studium der Mikrocephalie. — Archiv. di Psichiatr., Scienze pen. etc. Heft I u. II.**

Eingehende Berücksichtigung der einschlägigen Literatur, Besprechung verschiedener Fälle von Mikrocephalie. *S.*

***Frigerio, L.*, Fall von Mikrocephalie mit Atrophie vieler Gehirnwindungen. — Archiv. ital. per le malat. nervos. etc. XXI.**

Verf. gibt den ausführlichen Leichenbefund einer 26jährigen Idiotin, welche seit dem 12. Jahre epileptisch, an postparoxysmeller Parese und Contractur des rechten Oberarms litt und deren rechtsseitige Extremitäten überhaupt in der ganzen Entwickelung zurückgeblieben waren. Der Gang war unsicher gewesen, die Sprache hatte fast vollständig gefehlt. Die Sinnesorgane waren normal gewesen. Das Gehirn wog 790 g bei einer Körperlänge von 142 cm. Die Oberfläche des Gehirns ist stellenweise ausserordentlich rudimentär; anstatt der Furchen und Windungen finden sich auf den Stirn- und Occipitallappen beiderseits und statt des linken Lobus paracentralis und der Gyr. corporis callosi narbige sklerotische Flächen, die von zahlreichen minimalen Furchen in kaum 2—5 mm Distanz nach jeder Richtung durchschnitten werden. Verf. ist geneigt, als Ursache dieser grauen Induration ausgedehnte Meningealblutungen anzunehmen, die während der sehr langwierigen, mehrere Tage gedauert habenden Geburt der Patientin entstanden seien. Unmittelbar nach der Geburt war das Kind von Convulsionen ergriffen worden. *S.*

***Brunati, A.*, Fall von Mikrocephalie. — Archiv. italian. per le malat. nervos. XXII. Heft 2.**

Mittheilung eines Falles mit genauen Schädelmaassen und genauer Ver-

Digitized by Google

gleichung der einzelnen Windungen beider Hemisphären. — Das Gehirngewicht betrug 709 g. *S.*

---

12. Anstaltswesen. Referent: Laehr-Schweizerhof.

Pfeilstücker, Bericht über die im Kgr. Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische auf die J. 1879, 1880 u. 1881. — Stuttgart, 1884. 42 S. in 4°.

In den Staats-Irrenanstalten Schussenried, Winnenthal und Zwiefalten war Bestand Anf. 1881 788 (444 M. 344 F.), aufgenommen 255 (132 M. 123 F.), abgegangen 204 (105 M. 99 F.), blieben 839 (471 M. 368 F.). Innerhalb 10 J. ist ein Anwachsen um mehr als das Doppelte (wie 350 auf 839). Von den 1881 eingelaufenen 437 Aufnahmegesuchen mussten 182 oder 42 pCt. meist wegen Platzmangels abschläglich beschieden werden. Da ein neuer Bau nicht in Aussicht, wurde 1883 für Schussenried und Winnenthal ein grösserer Zellenbau (mit je 25 Zellen) bewilligt. Geisteskranke mit Epilepsie und Idioten oder Kretinen werden nur ausnahmsweise in den Staats-Irrenanstalten aufgenommen. Von 368 erstmals aufgenommenen Kranken mit einfacher Seelenstörung waren 190 oder 51,6 pCt. erblich belastet. Auf 100 Aufgenommene kommen gerichtlich untersuchte, bezw. bestrafte 9,7 pCt. (14,5 M. 4,9 F.). Es genasen 1881 5,1 pCt., entl. geb. 4,6, ungeb. 6,3, gestorben 3,3 pCt. Es starben 18,3 pCt. (M. 20,7 pCt., F. 13,9 pCt.). Selbstmord nur 2 in 3 Jahren. Das Institut der Volontärärzte wurde sehr selten besucht. — Ausgabe 1881/82 175,139 M.

In den 12 Privat-Irrenanstalten betrug Ende 1881 die Zahl der verfügbaren Plätze 1035. Bestand Anf. 1881 824, darunter Staatspfleglinge 403, aufgenommen 363, darunter Staatspfleglinge 93, abgegangen 336, darunter Staatspfleglinge 108, blieben Anf. 1882 851, darunter Staatspfleglinge 408. Letztere waren in Göppingen und Pfullingen untergebracht, pro Jahr 190 M. An Suicid starben durch Erhängen 4, an Erstickung im epileptischen Anfalle 5. Am 1. Januar 1882 waren in allen Anstalten 1690 Geisteskranke, 1864 nur 609.

In der Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische zu Stetten, OA. Cannstatt, war Bestand 1881 an Schwachsinnigen 148 (100 m. 48 w.), an Epileptischen 125 (63 m. 62 w.), aufgenommen Schwachsinnige 18 (12 m. 6 w.), Epileptische 30 (16 m. 14 w.), abgeg. Schwachsinnige 22 (14 m. 8 w.). Epileptische 25 (11 m. 14 w.), davon gestorben von jenen 3, von diesen 2. Es blieben 144 Schwachsinnige, 130 Epileptische.

In der Anstalt für männliche Epileptiker zu Pfingstweidl war Bestand Ende 1881 23, davon Staatspfleglinge 12. Es bestehen noch: die

Digitized by Google

Anstalt für Schwachsinnige zu Mariaberg mit 106 Pfleglingen, die Bewahranstalt incl. für Epileptische zu Liebenau mit 78 Pfleglingen und die Rettungsanstalt zu Heiligenbronn incl. bildungsfähiger Schwachsinniger.

B. Knapp, **Bericht über den Besuch von Idioten- und Taubstummenanstalten in Skandinavien und Norddeutschland und der IV. Conferenz für Idioten-Heilpflege in Hamburg im J. 1883. Mit 8 Taf. Wien 1884. 92 S.**

In Dänemark wurde die erste Idiotenanstalt 1855 zu Gamle Backehus bei Kopenhagen durch einen Verein eröffnet. Neubau 1859, wonach auch Asyl 1881 116 Zöglinge. Stets ein Arzt in der Direction.

Johann Keller's Abnormenanstalten bei Kopenhagen theilen sich in Taubstummenanstalt und Idiotenanstalt. Letztere in Baggesensgade No. 4 zu Kopenhagen zählte 1882 782 schwachsinnige Zöglinge in 10 Klassen. Ausserdem ein Asyl für unheilbare Schwachsinnige und Epileptische in „Karens Minde" mit 85 Patienten, darunter 41 Epileptische in 5 Abth.

In Schweden ward durch Dr. *Kjelberg* ein Verein für die Pflege schwachsinniger Kinder 1869 gebildet, 1870 die Schule für Idioten in Norrtullsgaten bei Stockholm errichtet, 1883 für 35 Zöglinge berechnet. In Lund 1874 für den Malmöhuskreis mit ursprünglich 15, jetzt 30 Zöglingen. Idiotenheim Johannesberg bei Mariestad mit 51 Zöglingen. Idiotenheim in Sofielund mit 15 Pfleglingen. Idiotenheim als Asyl für 7 Schwachsinnige in Strengnäs. Idiotenheim in Gefle mit 20 Zöglingen. Oestergötland Idiotenheim in Söderköping für 17 Kinder 1878 eröffnet. Smålands Idiotenheim in Eskjö ist für 30 Zöglinge bestimmt. 1881 wurde die Schule für schwachsinnige Kinder zu Oerebro mit 15 Zöglingen errichtet. Die Idiotenanstalt bei Upsala wurde 1883 für 12 Zöglinge gegründet. Taubstummenschule in Stockholm. Practische Arbeitsschule in Stockholm für Kinder gebildeter Stände in Handarbeiten, später auch in intellectuellen Fächern.

In Norwegen wurde 1882 ein Gesetz für die Gründung von Unterrichtsanstalten für taubstumme, blinde und geistesschwache Kinder erlassen. Wortlaut des Gesetzes. In Westheim Institut des Hrn. *Hansen* für schwachsinnige Knaben seit 1878, in Thorshang bei Christiania des Hrn. *Lippestad* für Mädchen mit einer Abtheilung seit 1883 für Epileptische. Reglement der Anstalt.

In Norddeutschland die Idiotenanstalt zu Liegnitz seit 1881 mit 10 Kindern eröffnet. Die Idiotenanstalt zu Potsdam seit 1865, die Idiotenanstalt in Dalldorf bei Berlin, Neubau, mit Tagesordnung. Idiotenanstalt in Kückenmühle seit 1863, mit nebenliegendem Neubau für Epileptische. Idiotenanstalt in Schleswig mit Dir. *L. Stender*, gegründet 1852, neu errichtet 1872 für 75 Kinder. Idiotenanstalt in Kiel seit 1862 durch *J. Meyer* gegründet, mit 56 Zöglingen. Alsterdorfer Anstalten bei Hamburg unter

Digitized by Google

Pastor *Sengelmann* mit 345 Zöglingen. *Schroeter*'s Erziehungs- und Unterrichtsanstalt für geistig zurückgebliebene Kinder in Dresden mit 39 Zöglingen.

In der 4. Conferenz für Idioten-Heilpflege in Hamburg vom 4. bis 6. Sept. 1883 wurde verhandelt über „den Idiotismus vor Gericht", über die Frage: „Kann ein confirmirter Idiot einen Eid vor Gericht ablegen. resp. begründet die erfolgte Confirmation eines Idioten die Befähigung desselben zum Zeugeneid?" „Soll man confirmirte Geistesschwache zur Ableistung der Militärpflicht heranziehen lassen?", ferner „Ueber die Unterbringung von Idioten in Armen- und Versorgungshäusern", „Ueber den Einfluss der Trunksucht auf die Entstehung der Idiotie", „Ueber die Missbildung des Ohres bei einer Idiotin", „Ueber ein idiotisches Gehirn" „Ueber die Beziehungen zwischen Idiotie und Epilepsie", „Ueber Hülfsklassen für Halbidioten". Nächste Versammlung 1886 zu Graz.

Verf. gibt noch eine kurze statistische Uebersicht über die Idiotie und bringt Vorschläge über die Verbesserung des Irrenwesens, namentlich in Oestreich. Eine Zahl Pläne schliessen diesen mühe- und werthvollen Bericht.

A. Foville, Allgemeine Betrachtungen über die Irrenanstalten Englands und Schottlands. — L'Encéph. 1.

Die meisten Anstalten Englands sind zusammenhängende Gebäudecomplexe; nur in Banstead und Caterham herrscht das Pavillonsystem. Auffallend ist dem Verf. die Pracht der Ausstattung und die allgemeine Benutzung elektrischer und telephonischer Leitungen; sowie die weitgehende Sorge, die man der Unterhaltung und dem Vergnügen der Kranken widmet. Nach einigen allgemeinen Betrachtungen über das in England ganz durchgeführte „no-restraint" geht Verf. zu den Schottischen Anstalten über und findet hier besonders die geringe Zahl der Privatanstalten bemerkenswerth (3,5 pCt. der zahlenden, 0 pCt. arme Geisteskranke in Privatanstalten). Zum Schlusse folgen noch einige Bemerkungen über das in Schottland mit Begeisterung eingeführte System der offenen Thüren, das er in beschränktem Maasse für entwickelungsfähig hält.

T. Oudart, Irrencolonien. — Bull. de la soc. de méd. ment. de Belg. H. 4. 1884.

Die Vortheile von Gheel kommen nur den flämischen Kranken zu Gute. Die dorthin gebrachten Wallonen fühlen sich durch Sprache, Sitten und Gebräuche geschieden und fremd. Es ist daher die Gründung einer wallonischen Colonie nach dem Muster von Gheel versucht worden Am 19. April 1884 wurden 14 ruhige wallonische Kranke, 12 M. u. 2 F. von Gheel nach Lierneur mit 6617 Seelen, Prov. Liège, gebracht. Weiterer Zuzug erfolgte, und es finden sich jetzt 28 in den Familien des Ortes untergebracht. Die Bewohner wissen die Vortheile zu schätzen, die ihnen daraus erwachsen,

Digitized by Google

und es liegen zahlreiche weitere Gesuche um Ueberlassung von Geisteskranken vor. Verf. hofft hiervon eine bedeutende Entlastung der Anstalten und erhebliche pecuniäre Vortheile. Zum Schluss werden die für die neue Colonie geltenden Bestimmungen und Verordnungen im Wortlaute angeführt.

Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin für die Zeit vom 1. Apr. 1883 bis 31. März 1884 und XIV. Bericht üb. d. Verwaltung der Irrenanst. der Stadt Berlin. 16 S. in 4°.

Bestand März 1883 1637 (812 M. 825 F.), Zugang 767 (421 M. 346 F.), Abgang 605 (343 M. 262 F.), blieben 1799 (890 M. 909 F.). Davon in Dalldorf 1165 (576 M. 589 F.), in Privatanstalten 634 (bei Dr. *Edel* 139, bei Dr. *Richter* 44, bei Dr. *Levinstein* 346). — In Dalldorf aufgenommen 1883/84 767 (421 M. 346 F.), abgegangen geheilt 6 (2 M. 4 F.), gebessert 121 (66 M. 55 F.), ungeheilt in andere Anstalten 68 (35 M. 33 F.), zur Familie oder in Pflege 169 (86 M. 83 F.), entwichen 23 (18 M. 5 F.), gestorben 218 (136 M. 82 F.), darunter an Suicid (Vergiftung) 1 M. Unter den 23 Entwichenen befanden sich 18 mit dem Strafgesetz in Conflict gerathene Irre, meist schwere Verbrecher. Für Garten- und Feldarbeit konnten durchschnittlich nur 49 M. verwendet werden; die Kranken eignen sich vorwiegend nur für die Arbeit in den Werkstätten. Für die irren Verbrecher wurde die Fabrikation von Cigarren eingerichtet. Zu dem Bestande derselben kamen 18 mit schweren Freiheitsstrafen belegte Geisteskranke (15 M. 3 F.) hinzu, darunter berüchtigte Einbrecher und Diebe. Die gewissenhaftesten und zuverlässigsten Wärter erlahmen allmälig in dieser Pflege. 3 irre Verbrecher entkamen durch den Ventilationsschacht, 2 brachen durch Ueberrumpelung des Zellenwärters aus, Anderen wurden Nachschlüssel eingeschmuggelt, auch an einem nächtlichen Befreiungsversuche fehlte es nicht. Die „wilden Männer" erwiesen sich sämmtlich als Irre, meist mit epileptischer Grundlage. — Ausgaben 592,625, dazu 383,326 M. in Privatanstalten. Pro Kopf und Tag in Dalldorf 1,417 M., in Privatanstalten 1,676 M. Ausgaben für Ackerwirthschaft und Rieselfeld 2836 M., Einnahme aus dem Acker 2560, aus der Milch 1227, aus der Schweinemästung 6961 M.

In der Siechenanstalt mit durchschnittlich 358,8 Irren und 215,0 Epileptischen war Bestand 562 (273 M. 289 F.), Zugang 370 (220 M. 150 F.), Abgang 339 (203 M. 136 F.), blieben 593 (290 M. 303 F.). Unter den Ausschiedenen starben 152, wurden beurlaubt 42.

In der Idiotenanstalt Bestand 129 (85 m. 44 w.), entl. 19 (13 m. 6 w.), gestorben 7 (6 m. 1 w.), blieben 103 (66 m. 37 w.).

Bericht über die Verwaltung der Irren-Heil- u. Pflegeanstalt Eichberg für das Etatsjahr vom 1. April 1883 bis 31. März 1884. 10 S. in 4°. (Dir. Dr. *Schroeter*.)

Bestand 1883 355 (172 M. 183 F.), aufgen. 85 (42 M. 43 F.), abgeg.

Digitized by Google

83 (35 M. 48 F.), blieben 358 (181 M. 177 F.), davon in Eichberg 240, in Eberbach 118. Von den Aufgenommenen konnten nur 25,58 pCt. als heilbare angesehen werden. Ueberraschend gross die Zahl der Frauen mit Gehirnerweichung. Die Einrichtung von Freistellen bei innerhalb eines halben Jahres vor der Aufnahme nachgewiesenem Krankheitsbeginne hat noch keine Früchte getragen. Zur Aufnahme kamen 1 F. mit 80 und 1 F. mit 90 J. Bei 41,86 pCt. Heredität. Entlassen geheilt 13, ungeheilt 33, gest. 37 (16 M. 21 F.). 3 M. entwichen, wurden aber bald zurückgeholt. 1 Gestorbene war seit 1847 in der Anstalt.

Neu- und Umbau weiter fortgeführt. Kapitalstock der Anstalt 296,885 M.

Bericht über die Verwaltung der Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau pro 1884. 20 S. (Dir. Dr. *Sioli*.)

Bestand 603 (331 M. 272 F.), aufgenommen 96 (54 M. 42 F.), abgegangen 89 (52 M. 37 F.), blieben 610 (333 M. 277 F.). Der dritte Theil der Aufgenommenen war schon über 5 J. krank. Die Wartezeit beträgt noch immer über ein Jahr, so dass von den Einberufenen 7 nicht kamen, weil sie inzwischen genesen oder gebessert waren. In 25 Fällen Heredität. Unter den Aufgenommenen viele schwere Epileptiker und Kranke mit strafwürdigen Handlungen und Verfolgungsideen. 5 verbrecherische Irre. Die Behandlung in den Zuchthäusern machte die Kranken gemeingefährlicher. Von den Abgegangenen 10 (7 M. 3 F.) als genesen, 39 (21 M. 18 F.) ungenesen, 40 (24 M. 16 F.) als gestorben. Kühle Bäder günstig bei frischer Dem. paral. Isolirung vorzugsweise nur bei erregten Epileptischen. 32 ha sind in Spatenkultur. 7 M. und 1 F. entwichen, nur 2 M. gelangten in die Heimath. — Ausgaben 218,894 M., pro Kopf und Jahr 361,63.

26. stat. Nachricht über das Genesungshaus zu Roda auf das Jahr 1884. (Dir. Dr. *Maeder*.) 8 S. in 4°.

Bestand 265 (132 M. 133 F.), aufgenommen 71 (43 M. 28 F.), abgegangen 77 (43 M. 34 F.), blieben 259 (132 M. 127 F.). 1 Irrer kam auf 738,39 Einwohner. 1 M. erhing sich. Von den Verbliebenen gewährten Hoffnung auf Genesung: wahrscheinliche 27, unsicher 114, keine 118.

Bericht üb. d. Verwaltung der oberfränk. Kreis-Irrenanstalt zu Bayreuth für 1884. 36 in 4°. (Dir. Dr. *Engelmann*.)

Bestand 286 (167 M. 119 F.), aufgen. 71 (42 M. 29 F.), abgegangen 62 (41 M. 21 F.), blieben 295. Ueberfüllung. 55 pCt. waren bei der Aufnahme noch nicht 1 J. krank. Zunahme der Paralytiker, im Ganzen 19 (17 M. 2 F.), am schwersten zu pflegen. Schlimm die epileptischen Irren und die aus Straf- und Gefangenanstalten, wovon 2 Aufnahmen, die eine mit Manie und Moral ins., der andere ein Brandstifter. Abgegangen 41 M., darunter 15 Genesene (meist frische Fälle), 6 Gebesserte, 8 Ungeheilte. Es starben 12 M. (4 Paralytische). Von Frauen gingen ab 21, darunter 9 Ge-

Digitized by Google

nesene, 6 Ungeheilte. Es starben 4. Hyoscyamin dem Morphium subcutan weit vorzuziehen. Schlundsonde zuweilen nöthig. Zunahme des Körpergewichts in der Regel mit steter psychischer Besserung. Watten- und Deckenfabrication als Beschäftigung gerühmt. 61,15 pCt. M. beschäftigt, 70,08 pCt. F. — Ausgaben 190,955 M., pro Kopf und Jahr 658 M. — Rath gegen Ueberfüllung. Neue Pflegeanstalt für 200 Kr. am besten oder Wiedererwerbung von St. Georgen oder Adaption eines Hauses für 200 Kr.

Bericht der Verwaltung der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Ablegung der Rechnung vom J. 1884. 13 S. in 4°. (Oberarzt Dr. *Reye*.)

Bestand Anf. 1884 1077 (495 M. 582 F.), davon beurlaubt 41 (16 M. 25 F.). Aufgenommen 470 (264 M. 206 F.). Ausserdem 5 (3 M. 2 F.) mit Del. trem. und 5 (3 M. 2 F.), die als nicht irre erwiesen. Unter den Aufgenommenen 142 (83 M. 59 F.) hereditär belastet. Gestorben 143 Irre (80 M. 63 F.), darunter 58 Paralytische (42 M. 16 F.), 11 Epil. (5 M. 6 F.). In Behandlung blieben 1088 (512 M. 576 F.), darunter Paralytische 78 (59 M. 19 F.), mit Epilepsie 106 (59 M. 47 F.). Die Zunahme der Kranken beläuft sich auf 2 pCt. der steigenden Bevölkerung. 3 neue Siechenhäuser werden erbaut. — Ausgaben 649,248 M.

16. Jahresbericht des Vereins der Pflege- und Bewahranstalt für erwachsene männliche Epileptische auf der Pfingstweide bei Tettnang (Württ.) vom J. 1883/84. 22 S.

Bestand 25 M., aufgenommen 6, entl. 3, gest. 8, bleiben 23. — Ausgaben 15,279 M. Gaben.

Rechenschaftsbericht üb. d. Zürcherische kantonale Irrenanstalt Burghölzli für 1883. 25 S. (Dir. Prof. Dr. *Forel*.)

Anf. 1883 Bestand 305 (145 M. 160 F.). 5 mit alkoholischen, 14 mit heilbaren und 258 mit unheilbaren Psychosen. Aufgenommen 227 (122 M. 105 F.), wovon 7 2 mal und 1 3 mal aufgenommen, daher Aufnahmen 236 (127 M. 109 F.). 1 Knabe entpuppte sich als Simulant, obgleich moralisch defect. 21 (19 M. 2 F.) litten an allg. progr. Paralyse, 11 (6 M. 5 F.) an Dem. senilis, 4 (3 M. 1 F.) an acutem epil. Irrsein, 30 (1 M. 29 F.) an Melanch., 14 (5 M. 9 F.) an Manie. Abgegangen 215 (114 M. 101 F.), wovon 6 (3 M. 3 F.) 2 mal abgegangen sind. Davon genesen 61 (31 M. 30 F.), ungenesen 120 (59 M. 61 F.), gestorben 39 (26 M. 13 F.), darunter 19 (16 M. 3 F.) mit progressiver Paralyse. Ein Melancholica mit Selbstmordsucht steckte sich trotz Aufsicht eine grosse Stecknadel heimlich in die Herzgegend, wo sie im Pericardium nach dem Tode in Folge eiteriger Pericarditis nach Wochen gefunden wurde. Bestand Ende 1883 320 (155 M. 165 F.). — Telephonverbindung mit der Stadt. Kolonie für 25 ruhige Frauen auf der Stephansburg eingerichtet. 13 Entweichungen ohne nach-

Digitized by Google

theilige Folgen. Im Park konnten 57 frei umhergehen. Zwangsjacke musste mehrere Mal in chir. Fällen angelegt werden. Tod bei einer Mel., wo unerklärlich das Thermometer bis 42° stieg (Section negativ).

Jahresbericht über das Aargauische Kantonsspital zu Königsfelden. 1883. (Dir. Dr. *E. Schaufelbüel.*)

In der Irrenanstalt Bestand 392 (169 M. 223 F.), aufgenommen 1883 174 (98 M. 76 F.), abgegangen genesen 44 (27 M. 17 F.), ungenesen 71 (41 M. 30 F.), gestorben 33 (20 M. 13 F.), blieben 418 (179 M. 239 F.). Unter den Aufgenommenen der jüngste 14, der älteste 82 J. alt; bei 37 pCt. hereditäre Anlage, bei 21,3 pCt. Missbrauch des Alkohols. 1 M. starb an Suicid. 25 Hectare Land. Ausgabe 224,086 Fr., pro Tag und Kopf 1,50 Fr. Reinertrag der Gutswirthschaft 13,573 Fr.

Maison de santé zu Préfargier. Betriebsjahr 1884. 36. Jahresbericht. Dr. *G. Burckhardt*, Dir. pp. 30. Neuchatel.

Aufgenommen 60 (29 M. 31 F.), entl. geheilt 21 (9 M. 12 F.), ungeheilt 35 (17 M. 18 F.), gest. 8 (3 M. 5 F.). Heredität nachgewiesen bei 44 (22 M. 22 F.). Dauer der Krankheit vor der Aufnahme innerhalb 1 J. bei 32, nach 1 J. bei 28. Die Veränderung in den Badeanstalten wird wohlthuend empfunden, ebenso die der Closets, dringender Wunsch nach Errichtung einer Pflegeanstalt für den Kanton, wie in Zürich. — Ausgaben 167,327 Fr.

Rechenschaftsbericht der Administr. zur Verpflegung der mittellosen Geisteskranken der Riga'schen Stadtgemeinde über 1884, 19 S. in 4°.

Bestand 184 (95 M. 89 F.), aufgenommen 127 (71 M. 56 F.), ausgeschieden 109 (65 M. 44 F.), blieben 202 (101 M. 101 F.). Abgegangen 109, davon genesen 26 (13 M. 13 F.), ungeheilt 51 (32 M. 19 F.), gestorben 32 (22 M. 10 F.). Im Asyl Waldheim war Bestand Ende 1884 89 (38 M. 51 F.), davon beschäftigt 51 (24 M. 27 F.). In Alexanderhöhe waren 4 Rigaer, übergeführt nach Rothenburg. Ausgaben für Rothenburg 68,766 Rubel.

***C. Ingels*, Medicinische Statistik des Hospice-Guislain während 1884. — Bull. de la soc. de Med. ment. de Belg. H. 1.**

Bestand Anf. 1884 482 Kr., Ende des J. 494, darunter 363 aus Gent selbst. 70 Epileptische. Es beschäftigten sich 319 = 65 pCt. Aufgenommen 7 Pensionäre und 67 Arme, also verpflegt 556. Unter den Aufgenommenen 3 über 80 J. und 16 unter 20 J., von letzteren 5 unter 11 J. Die Dauer der Erkrankung betrug bei nur 17 von den 74 Aufgenommenen weniger als 1 J. Heredität zu constatiren bei 31 (42 pCt.), Ab. spirit. bei 17. Ent-

Digitized by Google

lassen geheilt 13, ungeheilt 15, nicht-irre 2. Es starben 32, darunter nur 1 an progressiver Paralyse und nur 1 an Phthise.

Lefèvre, **Maison de santé der Benedictinerinnen zu Menin während 1884. — Bull. de la soc. de Méd. ment. de Belg. H. 1.**

Bestand Anf. 1884 96. Neu aufgenommen 13, gestorben 2, entl. gebessert 2, geheilt 5, nicht-irre 1. Der grössere Theil des Berichtes ist ein Loblied auf die Verwaltung und Pflege der Ordensschwestern.

P. Moreau, **Bemerkungen über die Irrenanstalten in Norwegen. — Ann. méd. psych. Jan. 1885.**

M. beschreibt nach eigener Anschauung die Anstalten zu Gaustad und Eg, gibt einige statistische Notizen und schildert seine persönlichen Eindrücke. Unter den Zahlen fällt die geringe Zahl von Alkoholikern auf; 1882 nur 6 an Delirium behandelt.

Jahresbericht des „Royal Edinburgh Asylum for the Insane". 1884. pp. 76. (Dir. Dr. *Clouston.*)

Bestand Anf. 1884 838 (433 M. 405 F.), darunter beurlaubt 11, aufgenommen 342 (161 M. 181 F.), darunter wiederholt 99, entl. geheilt 132 (79 M. 53 F.), ungeheilt 149 (63 M. 86 F.), gestorben 65 (33 M. 32 F.), blieben 834 (419 M. 415 F.). — In den 12 J. von Anf. 1872 bis Ende 1884 wurden aufgenommen 4000 (1928 M. 2072 F.), darunter 793 wiederholt Aufgenommene; entl. geheilt 1696 (797 M. 899 F.), ungeheilt 1073 (499 M. 574 F.), gest. 604 (327 M. 277 F.). — Seit Eröffnung der Anstalt 1843 wurden aufgenommen 6447 (3091 M. 3356 F.), entl. geheilt 2761 (1265 M. 1496 F.), ungeh. 2062 (966 M. 1096 F.), gest. 1456 (789 M. 667 F.). Unter den Aufgenommenen hatten Neigung zum Suicid 99 (47 M. 52 F.), davon versucht 29 (13 M. 16 F.), beabsichtigt 70 (34 M. 36 F.); unter jenen 6 mit Manie, 19 mit Mel., 2 mit epil. Manie, 1 mit acuter Manie, 4 mit puerp. Mel.; unter diesen 18 mit Manie, 5 mit acuter Manie, 3 mit epil. Manie, 1 mit seniler Manie, 43 mit Mel. (21 M. 22 F.). Darunter Versuche mit Herunterstürzen 13 (6 M. 7 F.), Erhängen 6 (4 M. 2 F.). Von 1850—1855 waren unter den Aufgenommenen 6,7 pCt. über 60 J. alt, von 1860—1865 9,1 pCt., von 1870—1875 11,2 pCt., von 1880—1885 11,3 pCt. im letzten Jahre 14,5 pCt. Dennoch kann man dies nicht als ein wirkliches Anwachsen des Wahnsinnes im Alter über 60 J. ansehen. Betreffs des Alkohols als Ursache war dies 1873—1877 bei 15,6 pCt. der Fall, 1880—1884 bei 15,9 pCt., so verschieden diese Jahre im Erwerb waren. Beherzigungswerthe Winke betreffs der Erziehung zur Verhütung des Wahnsinnes. Von den 49 Fällen acuter Manie genasen 55 pCt., von den 55 milderer Depression 51 pCt., von den 123 stärkerer Mel. 44 pCt., von Mel. mit Suicid. 60 pCt. Eine Kranke mit stetem Selbstmordtrieb genas, nachdem sie von einer fieberhaften Krank-

Digitized by Google

heit befallen und davon befreit war. 3 Kranke, welche scheinbar genesen von den Angehörigen nach Hause genommen waren, nahmen sich dort das Leben. Kein Suicid, laus deo. Für Verbesserung in den Abtheilungen wurde viel verausgabt, aber ein gutes Quartier trägt auch viel zu besserem Verhalten bei. Die Ausbildung des Pflegepersonales in Hospitälern, ehe sie in Irrenanstalten eintreten, belohnt sich. Der Bau einer neuen Kirche mit ihrem „Kirchgange" wird gerühmt. — Ausgaben 42,712 L., darunter Gehalt des Directors 1200 L.

27. Jahresbericht des „Nova Scotia Hospital for Insane". 1884. Halifax. pp. 43. (Dir. Dr. *A. P. Reid.*)

Bestand Ende 1882 400 (193 M. 207 F.), entl. genesen 49 (29 M. 20 F.), ungeheilt 36 (16 M. 20 F.), gestorben 17 (9 M. 8 F.), blieben 384 (178 M. 206 F.). — Aufgenommen seit Eröffnung im J. 1859 1884 (1010 M. 874 F.), entl. geheilt 851 (449 M. 402 F.), ungeheilt 250 (147 M. 103 F.), nicht-irre 1 M., gest. 398 (235 M. 163 F.), daher genesen 45,17 pCt., gest. 21,12 pCt. (23,26 pCt. M. 18,64 pCt. F.) und zwar an Epilepsie 23, an Paresis 46 (39 M. 7 F.), an Phthisis 110, an Homicide 1 M., an Suicid und Unglücksfällen 11 (7 M. 4 F.). 1884 genasen 40 (25 M. 15 F.) innerhalb eines Jahres, 9 nach einem Jahre. Ausgaben 71,641 D., pro Kopf und Jahr 145 D.

19. Bericht des „Connecticut Hospital for the Insane". State of Connecticut. pp. 45. (Dir. Dr. *M. Shew.*)

Bestand 860 (392 M. 468 F.), aufgen. 243 (121 M. 122 F.), entl. geheilt 52 (26 M. 26 F.), ungeheilt 73 (40 M. 33 F.), gest. 55 (34 M. 21 F.), blieben 923 (413 M. 510 F.). Seit Eröffnung der Anstalt (1868) aufgen. 3195 (1740 M. 1455 F.), entl. geheilt 663 (369 M. 294 F.), ungeheilt 1019 (593 M. 426 F.), gest. 590 (365 M. 225 F.). Dem Alter nach aufgenommen von Eröffnung an unter 15 J. 63 (48 M. 15 F.), von 15—20 J. 233 (130 M. 103 F.), von 20—30 J. 888 (458 M. 430 F.), von 30—40 J. 774 (395 M. 379 F.), von 40—50 J. 513 (252 M. 261 F.), von 50—60 J. 299 (167 M. 132 F.), von 60—70 J. 165 (112 M. 53 F.), von 70—80 J. 59 (31 M. 28 F.), von 80 und darüber 15 (6 M. 9 F.), unbekannt 147 (109 M. 38 F.), nicht-irre 39 (32 M. 7 F.). Unter ihnen waren 825 Irländer und 144 Deutsche. 64 mit allgemeiner Paralyse (60 M. 4 F.), 804 (460 M. 344 F.) mit acuter Manie, 1032 (485 M. 547 F.) mit chronischer Manie, 136 (90 M. 46 F.) mit epil. Manie, 377 mit acuter Mel. (183 M. 194 F.), 181 (84 M. 97 F.) mit chronischer Mel., 9 (6 M. 3 F.) mit Mel. atton., 747 (416 M. 331 F.) mit Heredität. Es genasen noch 6,40 pCt. bei Dauer der Krankheit von 3—5 J., 3,78 pCt. bei 5—10 J., über 10 J. 0,31 pCt. An Suicid starben 18 (10 M. 8 F.), an Erstickung durch Speisen 4 M., an Verletzungen 3 (2 M. 1 F.). Bei 7 (2 M. 5 F.) hatte die Krankheit 40—50 J. gedauert. Ursache der Psychose bei

Digitized by Google

den 3195 Kr. war Verletzung des Kopfes und Rückenmarks 39 (32 M. 7 F.) Mal, Unmässigkeit 301 (261 M. 40 F.), Masturbation 121 (103 M. 18 F.), Störung der Menses 6 Mal, Opium 4 F., Syphilis 13 (8 M. 5 F.), Tabak 7 M., Uterinstörungen 20 F. — Die normale Zahl der Betten ist 800; doch ist ein neues Süd-Hospital im Bau. Die durchschnittliche Behandlung bei der Dauer der Krankheit von 1 Mon. war 5 Mon., von 3 Mon. vor der Aufnahme 15 Mon. und darüber. Unter 52 Heilungen nur 3 von solchen, die über 2 Jahre irre waren. In dem neuen Süd-Hospitale sind 2 Abtheilungen für geisteskranke Epileptische vorgesehen. Mehr als 50 pCt. waren täglich beschäftigt. 40 Fluchtversuche, 2 kehrten freiwillig zurück, 16 wurden nach 4½ St. zurückgebracht, 13 nach 3—4 Tagen. 36 Aussenconcerte durch die Anstalts-Kapelle. — Ausgaben 185,005 D., die Farm brachte 14,037 D. ein.

10. Bericht üb. d. Thätigkeit des St. Johannes-Vereins zu Marsberg pro 1884. 16 S.

Der zweite Erweiterungsbau der Idiotenanstalt zu Nieder-Marsberg wurde im Nov. 1884 eröffnet. Dadurch Trennung der bildungsfähigen Kinder von den bildungsunfähigen. Bestand Ende 1883 44 (19 Kn. 25 M.), aufgen. 25 (20 Kn. 5 M.), abgegangen 3 (1 Kn. 2 M.), darunter Tod 1 M. an Phthisis. Zahl der Plätze 100. Personal 10 barmherzige Schwestern. — Ausgaben 54317 M., pro Kopf und Jahr 312,28 M. 65 neue Mitglieder traten hinzu. Aufnahmebedingungen in die Anstalt.

Bericht über den Berliner Hülfsverein für genesene Gemüthskranke im J. 1884. Berlin. 24 S.

Einnahme 3844 M., Ausgabe 3417 M., darunter 1035 zur Anlage eines Papiers. Mehr als 50 Personen wurden unterstützt. Eine angestellte Schwester für die Vertheilung war sehr nützlich. Ein Aufsatz des Predigers *Rohde* empfiehlt die familiale Irrenpflege in Berlin, um die überfüllten Anstalten zu entlasten. Einige, c. 30 Kr., sind schon Familien übergeben für c. 15—20 M. monatlich. Dies ist zu wenig. Man könnte c. 300 Kr. so unterbringen, wenn man 465 M. pro Kopf und Jahr zahlte, und man würde im Vergleich zu Dalldorf 134,250 M. sparen. Der Director der städtischen Anstalt müsste die Kranken dazu auswählen, für sie müsste ein Irrenarzt mit 6000 M. angestellt werden, und für je 100 Kr. ein Inspector mit 2000 M. Die Bekleidung würde jährlich für 50 M. jedem Kranken zuertheilt und für ihn noch jährlich 15 M. zu Arzneien, daher würde jeder Kranke 465 M. kosten. Die Ueberwachung würde in der Stadt leichter als auf dem Lande sein und die Städter gewandter für den Umgang.

Mittheilung der Statuten und der Geber.

Digitized by Google

10. Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse für bedürftige Pfleglinge der Grossh. Landes-Irrenanstalt zu Heppenheim für 1884/85. Mainz. 1885. 72 S.

Diesmal werden nur die Statuten und das Verzeichniss der Geber mitgetheilt, aber das letztere bescheinigt die grossartige Wirksamkeit des Vereins, der in Deutschland wohl der organisirteste ist. Beiträge 9521, Zahl der Geber 6579, die jedes Jahr stieg. Ausgaben 7556 M. Vermögensstand 27911 M.

1. Bericht üb. d. Hülfsverein für Geisteskranke im Regbz. Düsseldorf. Jhg. 1884. 35 S.

Gründe für die Begründung des Vereins. Auf den Aufruf vom 1. Juli 1884 meldeten sich aus 89 Gemeinden 506 mit 2098 M. Beiträgen und 61 als Vertrauungsmänner. Verzeichniss der Mitglieder. Einnahmen im J. 1884 7657 (darunter Gaben von 1000 M.), Ausgaben 289, Kapitalisirung 6700 M. Statut. Anleitung für die Aufnahme in die Anstalten.

6. Bericht des Thurgauischen Hülfsvereins für Gemüthskranke über 1881, 1882 u. 1883. Erstattet vom Comité in der Generalversammlung den 7. Juli 1884. 34 S.

Statut. „Dr. *Walther*, Woran kann man das Vorhandensein einer Geisteskrankheit erkennen?" Art der Vertheilung von 1093 Frcs. an Kranke und Angehörige. Mitgliederverzeichniss. Aufforderung zur Reorganisation der Irrenanstalt.

13. Statistik. Referent: Ullrich-Erlangen.

***Majer*, Allgemeine statist. Ergebnisse der bayer. Irrenanstalten im Jahre 1882. — Generalbericht der Sanit.-Verwaltung im Königreich Bayern. XVI. Bd.**

Im Jahre 1882 zählte:

Der ältere Bestand:	1627 M.	+ 1542 Fr.	= 3169,
der neue Zugang:	654 M.	+ 519 Fr.	= 1173,
der Abgang:	555 M.	+ 471 Fr.	= 1026,
der Bestand am Jahresschlusse:	1726 M.	+ 1590 Fr.	= 3316,
der Durchschnittsbestand:	1676,5 M.	+ 1566 Fr.	= 3242,2.

Bei einem Vergleiche des Jahres 1882 mit dem fünfjährigen Durchschnitte von 1876—1880 stellte sich heraus, dass 1882 der Zugang um 54, der Abgang um 16, der Bestand am Jahresschlusse um 383 höher war,

Digitized by Google

als im genannten Durchschnitte, während der Durchschnittsbestand um 364,5 Köpfe zugenommen hat.

Unter den Abgegangenen befanden sich Gestorbene: 174 M.+108 Fr., Entlassene: 381 M.+363 Fr., wovon

genesen: 101 M.+146 Fr. = 247,
gebessert: 122 M.+ 95 Fr. = 217,
ungeheilt: 158 M.+122 Fr. = 280.

Im Verhältniss zu der Zahl der Aufgenommenen betrugen die Genesenen 21,05 pCt., die Gebesserten 18,5 pCt., die Ungeheilten 23,9 pCt.

Im Verhältniss zu der Zahl der Abgegangenen (mit Einrechnung der Gestorbenen) betrugen die Genesenen 24,1 pCt., die Gebesserten 21,1 pCt., die Ungeheilten 27,3 pCt., die Gestorbenen 27,5 pCt.

Legt man der Berechnung den Durchschnittsbestand zu Grunde, so betrugen die Genesenen 7,6 pCt., die Gebesserten 6,7 pCt., die Ungeheilten 8,6 pCt. und die Gestorbenen 8,7 pCt.

Das Genesungsverhältniss im Jahre 1882 (20,3 pCt. M. und 33,1 pCt. Fr. auf 100 Erkrankte) war um 2,6 pCt. niedriger als im Jahre 1881 und um 0,4 pCt. niedriger als in der Durchschnittsperiode 1876—1880, wobei der bedeutende Procentsatz der Genesungen zu Gunsten des weiblichen Geschlechtes besonders hervorgehoben werden muss.

Bezüglich der Krankheitsformen zeigte das Jahr 1882 gegen die Durchschnittsperiode 1876—1880 eine Abnahme der primären Seelenstörungen, dagegen eine Zunahme der secundären Störungen.

Das Heilungsverhältniss der einzelnen Krankheitsformen entsprach so ziemlich der Periode 1876—1880 und betrug 26,3 pCt., wovon 20,3 pCt. dem männlichen Geschlechte und 33,1 pCt. dem weiblichen zukamen.

Aus der Untersuchung über das Alter bei der Erkrankung ergab sich die bekannte Erfahrung, dass die Manie am frühesten, die Paralyse am spätesten auftritt; von ersterer Erkrankungsform trafen auf das Alter unter 30 Jahren 44,7 pCt., von letzterer nur 3,2 pCt. der Aufgenommenen.

Betreff des Civilstandes stellte sich das Verhältniss der ledigen zu den verheiratheten und verwittweten oder geschiedenen Kranken:

bei den Männern = 57,0 : 37,6 : 5,4,
bei den Frauen = 49,0 : 37,8 : 13,2.

Aus der Thatsache, dass die Ledigen in der Altersperiode von 30 bis 50 Jahren wenigstens um das Doppelte häufiger zu Geistesstörung geneigt sind, als die Verheiratheten dieses Alters, darf nach Vf. aber kein vollgiltiger Schluss auf die Schutzkraft der Ehe gegen psychisches Erkranken gezogen werden, da ja bei Manchen zu der Zeit, in welcher sie wahrscheinlich geheirathet hätten, eine geistige Störung schon vorhanden war und eben dadurch die Eheschliessung verhindert wurde.

Confessionell vertheilt trafen auf 100000 Seelen jedes Bekenntnisses 14,4 katholische — 17,1 protestantische — 36,4 israelitische und 16,7 andersgläubige Irre.

Bei Besprechung der Erblichkeitsverhältnisse fasst Vf. die 7jäh-

Digitized by Google

rige Periode 1876—1882 zur Gewinnung eines möglichst sicheren Resultates zusammen und berechnet 44,6 pCt. M. und 45,6 pCt. Fr. als erblich disponirte; dieses gegen frühere Jahre etwas höhere Procentverhältniss hat wohl darin seinen Grund, dass von Seite der Aerzte die anamnestischen Beziehungen genauer eruirt wurden.

Bei einer Theilung sämmtlicher Kranken in zwei Altersperioden, in solche, die im Alter unter und über 40 Jahren sich befanden, fand Vf., dass von ersteren 48,0 pCt., von letzteren nur 40,8 pCt. erblich belastet waren. — Direct belastet waren 50,8 pCt. M. und 51,32 pCt. Fr., indirect 49,16 pCt. M. und 48,8 pCt. Fr., wonach die directe Erblichkeit bei beiden Geschlechtern, besonders aber bei den Frauen überwiegend ist; ferner fand sich bei directer Erblichkeit der väterliche Einfluss um 47 pCt. stärker vertreten als der mütterliche — bei indirecter Erblichkeit war der väterliche Einfluss um 6 pCt. stärker als der mütterliche.

Das Genesungsverhältniss der erblich Disponirten fand Vf. um 4—5 pCt. höher als das der nicht erblichen oder zweifelhaften; beim männlichen Geschlechte betrug der Unterschied fast 6 pCt., beim weiblichen nur 3 pCt. Aus einer Uebersicht über den Einfluss der Krankheitsdauer vor der Aufnahme auf das Genesungsverhältniss der erblichen Kranken sowohl als der nicht erblichen, ergab sich, dass im ersten Monat der Krankheit die Differenz zu Gunsten der Erblichen nur 2 pCt. betrug, dass aber im weiteren Verlaufe der Krankheit die erblich Disponirten bezüglich der Heilung um Vieles günstiger gestellt sind, als die Nichterblichen; das Maximum der Differenz fällt auf die Zeit vom 4.—6. Monat und beträgt 9,3 pCt.

Die wiederholten Aufnahmen betrugen 1876—1882 bei den Männern 17 pCt., bei den Frauen 15,7 pCt.; unter Berücksichtigung der Erblichkeit jedoch stellte sich dieses Verhältniss = 18,9 pCt. erblich Disponirter zu 14 pCt. nicht Erblicher.

Was das Genesungsverhältniss je nach einmaliger oder wiederholter Aufnahme und in Combination mit der Erblichkeit betrifft, fand Vf., dass bei wiederholter Aufnahme das Genesungsverhältniss immer günstiger wird und zwar bei beiden Geschlechtern, und 2) dass diese Steigerung sowohl die Erblich- als Nichterblich-Belasteten betrifft, in höherem Grade jedoch die erstere Kategorie.

Das Mortalitätsverhältniss betrug 1882 im Verhältniss zum Durchschnittsstand 10,4 pCt. M. und 6,9 pCt. Fr.; die Todesfälle an acuten und chronischen Krankheiten der Athmungsorgane zusammen betrugen 40,1 pCt. der Gesammtmortalität: Selbstmorde kamen 3, Unglücksfälle 4 vor.

In gerichtlich-medicinischer Beziehung waren 1882 vor der Erkrankung 44 Personen (39 M. u. 5 Fr.) mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen, wovon 39 (35 M. u. 4 Fr.) = 88,6 pCt. bestraft wurden; nach der Erkrankung hatten sich 58 Personen (55 M. u. 3 Fr.) eines Reates schuldig gemacht, wovon 20 (19 M. u. 1 Fr.) = 34,5 pCt. eine Strafe erlitten.

In Betreff der Heimathsverhältnisse der verpflegten Irren wird bemerkt, dass die Zahl der ausserhalb Bayerns beheimatheten Pfleglinge

Digitized by Google

121 = 2,7 pCt. der Gesammtzahl betrug; dieses Verhältniss schwankt in den einzelnen Anstalten zwischen 6,1 pCt. in Werneck und 0,3 pCt. in Karthaus Prüll.

Majer, **Die Selbstmorde in Bayern 1882. — Generalbericht d. Sanitätsverwaltung im Königreich Bayern. XVI. Bd.**

Im Jahre 1882 wurden 753 Selbstmorde (699 bei der Civil- und 54 bei der Militärbevölkerung) verübt, wovon 34,9 pCt. auf die unmittelbaren Städte rechts des Rheins und die grösseren Städte der Pfalz, 65,1 pCt. auf Bezirksämter trafen; auf je 1 Million Einwohner trafen 140 Selbstmorde und gehörten von 1000 Selbstmördern überhaupt 817 zum männlichen und 183 zum weiblichen Geschlecht. Nach absoluten Zahlen haben 1882 gegen das Vorjahr die männlichen Selbstmörder um 33, die weiblichen um 17 zugenommen.

Die meisten Selbstmorde wurden im Alter von 20—30 Jahren verübt (21,8 pCt.), dann folgte die Altersperiode von 41—50 mit 21,3 pCt. — Sehr gross sind die Altersunterschiede der Selbstmörder, je nachdem dieselben in den Städten oder auf dem Lande sich befinden. So trafen auf das Alter unter 50 Jahren in den Städten 68,5 pCt., in den ländlichen Bezirken nur 53,3 pCt. aller Selbstmorde, wogegen nach dem 50. Jahre in den Städten nur 31,5 pCt., auf dem Lande aber 46,7 pCt. Selbstmorde vorkamen.

Nach dem Religionsverhältnisse trafen auf je 1 Million Einwohner jeder Religionsgenossenschaft 121 katholische, 177 protestantische, 112 israelitische und 236 andersgläubige Selbstmörder.

Nach dem Familienstande trafen auf 1 Million Einwohner jeder Standeskategorie 0,5 Selbstmörder unter 15 Jahren, 221 ledige über 15 Jahren, 177 Verheirathete, 324 Verwittwete und 1250 Geschiedene; in den Städten war das Contingent der ledigen Selbstmörder viel höher als auf dem Lande, während es sich bei den Verheiratheten umgekehrt verhielt.

Die meisten Selbstmorde kamen ihrer absoluten Zahl nach bei der Beschäftigung mit Landwirthschaft (231) einerseits und mit Industrie andererseits (206) vor, an dritter Stelle betraf es Militärpersonen (54); setzt man aber die Zahl der Selbstmorde jeder Berufsklasse in ein Verhältniss zur Gesammtzahl der jeder Berufsklassen angehörenden Personen, so lieferte der landwirthschaftliche Beruf die wenigsten, die Militärbevölkerung die meisten Selbstmorde.

Bei 11 pCt. aller Selbstmörder waren Geistesstörung oder Selbstmorde in der Familie schon vorgekommen, bei 43,2 pCt. waren diese Verhältnisse unbekannt.

Der Tod durch Erhängen wurde am häufigsten (52,3 pCt.) gewählt, dann kam das Erschiessen (21,8 pCt.). an dritter Stelle das Ertränken (17,5 pCt.); der Tod durch Erschiessen hat übrigens in den letzteren Jahren im Vergleiche zu der Periode 1867—1876 (15,7 pCt.) erheblich zugenommen.

Digitized by Google

Nach den Jahreszeiten trafen auf das II. und III. Quartal fast 60 pCt. aller Selbstmorde.

Unter den Motiven stand obenan mit 26,2 pCt. die „Geistesstörung", dann kam „Kummer aller Art" mit 14,5 pCt., dann „Reue und Scham" mit 11,1 pCt., dann „Laster" mit 9 pCt. etc.; in 15,8 pCt. waren die Motive nicht eruirt.

***Hagen*, Bericht über die Anstalt Erlangen (1877—1883) — statistische Untersuchungen in demselben.**

Vorstehender Bericht ist eine Fortsetzung der „statistischen Untersuchungen" (1846—1871) und des „5jährigen Berichtes" (1872—1876), in welcher das neu gewonnene Krankenmaterial nach den früheren Gesichtspunkten statistisch verarbeitet ist, wobei der Natur der Sache nach jedoch nur einige besonders wichtige Punkte berücksichtigt wurden.

Die Zahl der Aufnahmen betrug 1877—1883 1114 (612 M. u. 502 Fr.), also durchschnittlich auf das Jahr 159; aus dem Jahre 1876 war ein Bestand von 322 (147 M. u. 175 Fr.) übergegangen, so dass sich die Gesammtsumme der Verpflegten auf 1436 stellte.

Die Gesammtzahl der innerhalb des Septenniums mehrmals Aufgenommenen (die ersten Aufnahmen mitgerechnet) betrug 151 M. u. 76 Fr., wovon 86 (40 M. u. 46 Fr.) bereits 1846—1876 in der Anstalt gewesen waren; davon waren genesen entlassen 40 (18 M. u. 22 Fr.).

Betreff der paralytischen Seelenstörung ergab sich, dass sowohl eine absolute als auch eine relative Zunahme der Aufnahmen statt fand und zwar 19 pCt. gegen 16 pCt. der Paralytischen in den Jahren 1872 bis 1876.

Die Zahl aller in einer der puerperalen Phasen aufgenommenen weiblichen Geisteskranken betrug 49, also etwa 9 pCt. der aufgenommenen weiblichen Individuen; unter diesen waren 9 Erstgebärende; 8 waren als Schwangere in die Anstalt aufgenommen worden, wovon 4 in der Anstalt entbunden wurden — von diesen 8 genas nur 1, 1 wurde gebessert, 2 ungeheilt entlassen, 3 starben, 1 ist als unheilbar noch in der Anstalt. Von den 41 Kranken, welche in der Kindbett- und Lactationsperiode aufgenommen wurden, genasen 21, 8 wurden gebessert aus der Anstalt genommen, wovon 3 zu Hause genasen, 3 starben, 1 ist noch in der Anstalt, die übrigen wurden ungeheilt entlassen.

Die meisten Erkrankungen fielen in das Alter von 31—35 Jahren (162), darauf folgt das von 36—40 (141), dann das von 26—30 (117).

Erbliche Disposition liess sich bei 42,3 pCt. sämmtlicher Fälle nachweisen — bei den Paralytischen betrug die Erblichkeit nur 26 pCt. — Da von 102 Kranken, bei welchen die Anlage von den Eltern vererbt wurde, in 42 Fällen der Vater und in 54 Fällen die Mutter, in 6 Fällen aber beide Eltern geisteskrank waren, so ergibt sich hieraus, dass im Allgemeinen die Geisteskrankheit häufiger von der Mutter als vom Vater

Digitized by Google

geerbt wird, sowie dass überhaupt beim weiblichen Geschlecht die directe Vererbung häufiger ist als beim männlichen.

Von diesen 102 vererbenden Eltern hatten sich 1846—1876 15 (6 M. u. 9 Fr.) in der Anstalt befunden, die übrigen 42 geisteskranken Väter und 45 Mütter waren nicht in der Anstalt gewesen.

In weiterer interessanter Auseinandersetzung wird nun gefolgert,

dass in zahlreichen Fällen die Vererbung durch den Anstaltsaufenthalt verhindert worden ist,

dass nicht eine vollendete, ausgebildete Geisteskrankheit bei den Vererbenden vorhanden sein muss, um auf die Nachkommen den Keim der krankhaften Disposition zu übertragen,

dass der Aufenthalt eines Kranken in der Anstalt ein zwar nicht absolutes, aber relativ sehr bedeutendes Schutzmittel gegen die Vererbung der Anlage auf die Nachkommen ist.

Bemerkenswerth ist ferner die Thatsache, dass von den in den Jahren 1846—1871 genesen Entlassenen 50 später geheirathet haben und befindet sich unter den 1875—1883 Aufgenommenen nur eine einzige Kranke, deren Mutter zu diesen 50 gehört. Diese Erfahrung dürfte nach Vf. zur ernstlichen Erwägung der Frage auffordern, ob denn in der That der in solchen Fällen etwa um Rath gefragte Arzt berechtigt und verpflichtet sei, aus Rücksicht auf die Nachkommenschaft jedesmal schlechthin von der Verheirathung eines einmal geisteskrank Gewesenen abzurathen.

Abgegangen sind 540 M. und 478 Fr.; genesen wurden entlassen 130 M. und 143 Fr., gebessert 150 M. und 120 Fr., ungeheilt 79 M. und 85 Fr., — nicht geisteskrank 2. Bei der Besprechung der genesen Entlassenen wird vor Allem die Erfahrung bestätigt, dass zu der Dauer der Krankheit vor der Aufnahme die Zahl der Genesungen in umgekehrtem Verhältniss steht.

Sicheren Aufschluss hierüber gibt eine Zusammenstellung, die den Einfluss der Krankheitsdauer vor der Aufnahme auf die gesammte Krankheitsdauer einer Untersuchung unterwirft, und geht hieraus (die Zahlen sind in Tab. IX nachzusehen) klar hervor, dass die Zeit der Aufnahme in die Anstalt das entscheidende Moment ist und dass die frühzeitige Aufnahme, die Heilbarkeit der Fälle vorausgesetzt, einen höchst bedeutenden Einfluss auf die Dauer der ganzen Krankheit hat.

Gestorben sind 316 Kranke (186 M. u. 130 Fr.), also jährlich 12,5 pCt. vom durchschnittlichen Bestand oder 8,6 pCt. im Verhältniss zur durchschnittlichen Gesammtsumme der jährlich Verpflegten. An Lungen- und Darmtuberculose starben 14 pCt. aller Gestorbenen oder 1,7 vom durchschnittlichen jährlichen Bestand. Selbstmorde kamen in der Anstalt 4 vor — gegen 200 während des gleichen Zeitraumes in Mittelfranken von Geisteskranken ausserhalb der Anstalt verübte Selbstmorde eine gewiss kleine Zahl.

Den Schluss der Untersuchungen bildet das interessante Kapitel der Katamnese, die Erhebung über den Zustand und die Geschicke der Kranken nach der Entlassung aus der Anstalt.

Digitized by Google

Von 243 genesen Entlassenen, über welche Nachrichten einliefen, waren 167 = 69 pCt. gesund geblieben, schwankend waren 20 = 8 pCt. und rückfällig wurden 45 = 18,6 pCt.

Von 126 männlichen Gebesserten waren 30 zu Hause gesund geworden, gleich geblieben sind 33, verschlimmert hat sich das Befinden bei 54, gestorben sind 9 Kranke. Von den 100 weiblichen Gebesserten waren 42 gesund geworden, bei 19 war das Befinden schwankend, verschlimmert hatte es sich bei 36 und 3 starben.

Bei der Annahme, dass von sämmtlichen nach der Entlassung Genesenen etwa 60 noch in der Anstalt bei längerem Verbleiben gesund geworden wären, so kann man etwa 77 pCt. gesund Gebliebene berechnen.

Von 119 (68 M. u. 51 Fr.) ungeheilt Entlassenen wurden später gesund 15 (6 M. u. 9 Fr.), schwankend war das Befinden bei 29 (20 M. u. 9 Fr.), gleich geblieben bei 46 (28 M. u. 18 Fr.), gestorben sind 29 (14 M. u. 15 Fr.), darunter 2 durch Selbstmord.

Diese Zahlen stimmen mit den Ergebnissen der ersten 25 Jahre des Anstaltsbestandes procentualiter völlig überein.

Geheirathet haben 4 männliche und 6 weibliche Entlassene.

Von 7 der weiblichen gesund Entlassenen wurde bekannt, dass sie geboren haben und war bei allen Schwangerschaft und Wochenbett ohne Störung verlaufen.

Der zweite Theil des Berichtes ist den Verwaltungsergebnissen gewidmet, deren umfangreiche tabellarische Bearbeitung einen übersichtlichen Einblick in die materiellen Verhältnisse der Anstalt bietet, und enthält auch dieser viel Lehrreiches und Nachahmungswerthes.

***Bezold*, Ergebnisse der Schuluntersuchungen über das kindliche Hörvermögen. — Aerztl. Intelligenzblatt No. 15.**

Vf. gibt in seinen Untersuchungen statistische Angaben über den Einfluss des Hörvermögens auf die geistige Entwickelung und brachte er die allgemeinen Fortgangsplätze der Schwerhörigen in Beziehung zu dem Grade ihrer Hörweite.

Unter 1289 localisirten Schülern der Simultanschule hatten sich 296 gefunden, welche einseitig oder doppelseitig Flüstersprache nur auf 8 und weniger Meter hörten, darunter 60, welche sie doppelseitig 4 m und weniger, und 33, welche sie doppelseitig 2 m und weniger weit hörten. — Nimmt man nun 100 Schüler in jeder Klasse an, so dass der Durchschnittsplatz, welcher auf den einzelnen fällt, der 50. ist, so ergibt die Berechnung der Durchschnittsplätze für die Schwerhörigen folgende Zahlen:

Der durchschnittliche Fortgangsplatz der einseitig oder doppelseitig 8 m und weniger Hörenden ist 54,09 statt 50, für die doppelseitig 4 m und weniger Hörenden 64,36 statt 50, und für die doppelseitig 2 m und weniger Hörenden 67,70 statt 50.

Diese Zahlen zeigen, dass nicht nur überhaupt eine Beeinflussung des Fortgangsplatzes stattgefunden hat, sondern dass sogar eine successive Stei-

Digitized by Google

gerung dieses Einflusses nachzuweisen ist, welche dem Grade der vorhandenen Schwerhörigkeit entspricht.

Fröhlich, Geisteskrankheiten und Selbstmorde in der preuss. Armee und dem 13. Armeecorps 1881/82. — Allg. Zeitschrift f. Psych. 41. Bd. 4. u. 5. Hft. pag. 724ff.

38. Bericht der Commissioners in Lunacy. — 17. Juli 1884.

Am 1. Januar 1884 war die Zahl der Geisteskranken 78528 gegen 76765 am 1. Januar 1883, die Zunahme betrug also 1763, das Verhältniss der Geisteskranken zur Gesammtbevölkerung war 1 : 345. Von sämmtlichen Kranken waren 8058 Privatkranke und 70470 arme Kranke. Die Privatkranken zeigen eine Zunahme von 135 und die armen von 1628.

Die Kranken vertheilen sich nach dem Ort der Verpflegung:

	Private			Arme			Im Ganzen:		
	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.	M.	F.	Sa.
County and Borough Asylums	317	369	686	20301	24863	45164	20618	25232	45850
In registered Hospitals	1548	1451	2999	95	52	147	1643	1503	3146
In licensed houses:									
Metropolitan	973	844	1817	229	476	705	1202	1320	2522
Provincial	710	854	1564	249	444	693	959	1298	2257
In Naval and Military Hospitals and Royal India Asylum . . .	295	19	314	—	—	—	295	19	314
In Criminal lunatic Asylum(Broadmoor)	163	66	229	229	77	306	392	143	535
In Workhouses:									
Ordinary Workhouses	—	—	—	5107	6949	12056	5107	6949	12056
Metropolitan district Asylums	—	—	—	2461	2860	5321	2461	2860	5321
Privatpatienten ausserhalb der Anstalt . .	180	269	449	—	—	—	180	269	449
Arme Kranke ausserhalb der Anstalt . .	—	—	—	2333	3745	6078	2333	3745	6078
Summa:	4186	3872	8058	31004	39466	70470	35190	43338	78528

Aufnahmen fanden während des Jahres 1883 rund 16000 statt, wovon 1319 Versetzungen waren. Genesungen waren 5574, Todesfälle 5135. — Die Versetzungen und die Aufnahmen in die Idiotenanstalten ausgenommen war das Verhältniss der Genesungen zu den Aufnahmen 34,79 pCt. Männer und 42,0 pCt. Frauen, im Ganzen 38,5 pCt., der Durchschnitt der letzten 10 Jahre war 39,38 pCt. — Das Verhältniss der Todesfälle zur Durchschnittszahl der Verpflegten war 11,67 pCt. Männer und 7,60 pCt. Frauen, im

Digitized by Google

Ganzen 9,47 pCt., der Durchschnitt der letzten 10 Jahre war 9,95 pCt. — Von sämmtlichen 1883 aufgenommenen Kranken, die nicht von Geburt an krank waren, waren 67,4 pCt. Ersterkrankungen. Von sämmtlichen Aufnahmen waren 9,4 pCt. epileptisch und 8,0 pCt. Paralytiker. 8,6 pCt. zeigten Selbstmordneigung. — Bei 69 pCt. der Todesfälle wurde Section gemacht. *S.*

26. Jahresbericht „of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. — Edinburg 1884.

Am 1. Januar 1884 wurden in Schottland 10511 Geisteskranke gezählt. 8572 waren in öffentlichen und Privatanstalten untergebracht, 1939 waren in Privatpflege; von den letzteren waren 128, 48 Männer und 80 Frauen Privatpatienten, 1811, 720 Männer und 1091 Frauen waren arme Kranke. — Genesen entlassen wurden 1220, ungeheilt 604, Todesfälle waren 697. Das Verhältniss der Genesungen zu den Aufnahmen 27 pCt., davon kamen 43 pCt. auf die öffentlichen Anstalten und 11 pCt. auf die Privatanstalten. 7,4 pCt. Todesfälle. — Die Kosten pro Kopf und Tag waren in Anstalten 1 s. 5¼ d., in Privatpflege 9½ d. *S.*

33. Bericht der „Inspectors of Irish Asylums". 1884.

Am 1. Januar 1884 wurden 14088 Geisteskranke gezählt, gegen 13822 im Vorjahr. Es waren davon im „District Asylums" 9542, im „Criminal Asyl" 172, in Stew. Inst. (Gov. Kranke) 12, in Privatanstalten 636, in Arbeitshäusern 3726. — Genesungen 1079, oder 40 pCt. der Aufnahmen. — Die Mortalität war grösser als im Vorjahr; 5 Selbstmorde. — Die meisten Kranken waren im Bezirk von Limerick, wo bei einer Einwohnerzahl von 173000 in Irrenanstalten 480 Kranke und in Armenhäusern 225 Geisteskranke untergebracht waren. *S.*

Sylvester, W. E., Die Geisteskranken der Vereinigten Staaten. — The Alienist and Neurolog. Januar.

Vor 20 Jahren wurden nur 24042 Irre gezählt; 1870 war die Zahl auf 37432 gestiegen, 1880 auf 91959. — Die sämmtlichen Zahlen machen auf Genauigkeit keinen Anspruch und betont Vf., dass sie nur annähernd sein könnten. — 80 öffentliche und 40 Privatanstalten. — Nach den verschiedenen Staaten vertheilen sich die Irren:

Maine 1542, davon 1000 in einem einzigen Asyl, welches ursprünglich für 500 gebaut war.

New Hampshire 1056, davon 312 in der Anstalt, die 352 fassen könnte.

Vermont 1015, davon 369 in der Anstalt, die 400 aufnehmen kann.

Massachusetts 5700, wovon sich in den 14 Anstalten 3657 befinden.

Rhode Island mit einer öffentlichen und einer Privatanstalt hat 700 Kranke, von denen 525 untergebracht sind.

Connectitut verpflegt 1000 Kranke von 1723 in Anstalten.

Digitized by Google

New York hat von seinen 15000 Kranken in 35 Anstalten 11343 untergebracht. Diese vertheilen sich auf die einzelnen Kategorien der Anstalten:

State Asylums 3647.
City Asylums 5016.
County Almshouses 1869.
Private Asylums 558.
State Asylum for insane criminals 144.
State Asylum for insane emigrants 109.

New Jersey 2405, davon in 2 öffentlichen Anstalten 1400. — Pennsylvania 8304, davon in 8 Anstalten, die für 4000 eingerichtet sind, 4739.

Delaware 200. — Maryland 1900, davon 915 in verschiedenen Anstalten. — Columbia 938, davon 860 in der Anstalt. — Virginia 2411, wovon 1200 untergebracht sind. — West Virginia 985. — North Carolina 2028, davon in 3 Anstalten 640. — South Carolina 1112, wovon in 2 Anstalten 425. — Georgia 1800, wovon in einer einzigen Anstalt 1218. — Florida mit 253 Kranken hat 167 in der Anstalt. — Alabama 1521, hat in seiner für 750 Kranke gebauten Anstalt 613 untergebracht.

Mississippi 1147. — Louisiana 1002, ungefähr die Hälfte davon in Anstalten. — Tennessee 2404; es ist eine fertige Anstalt und eine im Bau begriffene vorhanden.

Kentucky 3000 Kranke, von denen 1800 in Anstalten. — Ohio 7286, wovon 3500 in Anstalten. — Indiania mit 4000, die vorhandene Anstalt hat 1400 Plätze, die 3 im Bau begriffenen Anstalten erhalten 2100 Plätze. — Illinois 5500, die Anstalten sind überfüllt. — Michigan mit 3000 Kranken, 2 fertige und 2 im Bau begriffene Anstalten. — Wisconsin 2800 Kranke. — Minnesota ungefähr 2000, hat 1100 in 2 Anstalten untergebracht. — Jowa 3000 Kranke. — Missouri 3310, die Mehrzahl davon in Familienpflege. — Arkansas hat 1 Anstalt mit 250 Kranken; die Gesammtzahl der Kranken ist nicht genau bekannt.

Texas 1564 Geisteskranke, wovon 550 in der Anstalt. Eine zweite Anstalt für 350 Kranke wird gebaut.

Kansas hat von 1297 Kranken in 2 Anstalten 690. — Nebraska 450 Kranke, davon 330 in der Anstalt. — Colorado 117 Kranke, mit einer Anstalt für 225. — Nevada 160, welche alle in der Anstalt sind. — Für Californien ist es nicht möglich, eine annähernd richtige Zahl der Kranken ausserhalb der Anstalt anzugeben; in den öffentlichen Anstalten sind 2650 Kranke untergebracht.

Oregon hat ungefähr 378 Kranke, welche annähernd alle in der einzigen Anstalt, welche 412 Plätze hat, untergebracht sind.

In den verschiedenen Territorien beziffern sich die Kranken ungefähr folgendermaassen:

Arizona	21	New Mexico	153
Dacota	75	Utah	151
Idaho	16	Washington	140
Montana	59	Wyoming	4.

Digitized by Google

Hack Tuke, **Die Geisteskranken in den Vereinigten Staaten. — Journal of ment. scienc. April.**

Verf. bespricht ausführlich bei Gelegenheit eines Vortrages gehalten in der „Medico-psychological Association" das Irrenwesen von Nordamerika auf Grund der Erfahrungen, welche er bei Gelegenheit einer Reise durch die Anstalten verschiedener Staaten Amerikas gesammelt hat. — In getrennten Abschnitten bespricht Verf. die Behandlung der Kranken im allgemeinen, die Gesetzgebung, die Fürsorge für die chronischen Kranken (Unheilbaren) und die Vergleichung der Vorzüge englischer und amerikanischer Anstalten. Im Jahre 1880 wurden von 40992 in Anstalten untergebrachten Kranken 2242 (5,4 pCt.) mit Zwang der verschiedensten Art, allein 887 mit der Jacke, behandelt.

Die Zählung der Geisteskranken vom Jahre 1880 ergab 91959, d. h. 1 : 545 der Gesammtbevölkerung, ausserdem 76895 Idioten, im Ganzen also 168854 Hülfsbedürftige. — Von den Geisteskranken waren 40942 (44,42 pCt.) in Irrenanstalten untergebracht, 9934 waren in Armenhäusern oder Wohlthätigkeitsanstalten, in Privatpflege waren 41083 (44,68 pCt.).

1850 wurden 15610 Geisteskranke gezählt, davon waren 2049 ($^1/_7$) Eingewanderte. 1860 war die Zahl der Geisteskranken 24000, darunter 5768 ($^1/_4$) Eingewanderte. Die Einwanderungen hatten während dieser 10 Jahre ganz bedeutend zugenommen. Von den 91959 Geisteskranken, die im Jahre 1880 gezählt wurden, waren 26346 nicht in Amerika geboren.

S.

Pfleger, L., **Bericht der vereinigten Versorgungsanstalten am Alserbach in Wien. 1882.**

Krankheiten des Nervensystems (bei denen keine Geistesstörung vorhanden war, oder wo solche in den Hintergrund trat) wurden 343 behandelt; Geisteskrankheiten waren 283. 91 Todesfälle kamen bei den Krankheiten des Nervensystems vor. *S.*

Wirtinger, **Städtische Versorgungsanstalt zu Ybbs in Niederösterreich. 1882.**

Unter den 769 Pfründnern waren 216 Geisteskranke (86 M. 130 F.), Epileptische 84 (40 M. 44 F.). — Von den Geisteskranken starben 14 Personen (1 M. 13 F.), von den Epileptischen starben 7 (3 M. 4 F.).

Während 21 Jahren wurden in der Anstalt 275 Epileptische (139 M. 136 F.) verpflegt. Davon starben 102, und von diesen wieder starben 31 an Tuberculose.

Die meisten Todesfälle unter Epileptischen kamen im Alter von 15 bis 20 Jahren vor. *S.*

Digitized by Google

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Bernburg 179*

Howard, Irre und Irresein. *Edmund Garney*, Hallucinationen. *K. Langwieser*, Zur physiologischen Erklärung des Bewusstseins. *F. v. d. Kroon*, Geschichte und Wesen der Hallucinationen. *Descourtis*, Hypnotismus.

2. Psychophysik. Ref.: Kraepelin-Dresden 187*

Mehner, Zur Lehre vom Zeitsinn. *Kraepelin*, Nachtrag zu der Arbeit über die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes bei Lichtempfindungen. *v. Tschisch*, Ueber die Zeitverhältnisse der Apperception einfacher und zusammengesetzter Vorstellungen. *v. Tschisch*, Ueber die Zeitdauer der einfachen psychischen Vorgänge bei Geisteskranken. *Guicciardi* und *Tanzi*, Die Reactionszeit bei verrückten Gehörshallucinanten. *Cattell*, Ueber die Zeit der Erkennung und Benennung von Schriftzeichen, Bildern und Farben.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Graz 197*

Schaefer, Der Gerichtsarzt und die freie Willensbestimmung. *Bell*, Sollen die irrsinnigen Mörder gehängt werden? *Tanzi*, Kritische Revue über moralisches Irresein und geborene Verbrecher. Zur Irrengesetzgebung. *Parant*, Ueber die Möglichkeit der Entwicklung wirklicher Geistesstörung bei Simulanten. *v. Krafft*, Die conträre Sexualempfindung vor dem Forum. *Pelman*, Gerichtsärztliche Gutachten. *Giraud*, Gerichtl. med. Revue. *Zierl*, Gerichtlich-psychiatrische Mittheilungen. *Poggi*, Mordversuch. *v. Krafft*, Gerichtsärztliche Gutachten. *Verga* u. *Pradati*, Fall von Simulation hallucinatorischen Irreseins. *Miraglia*, Der Fall Misdea. *Bonfigli* u. *Brugia*, Gerichtsärztl. Gutachten über einen Mörder des Sohnes. *Motet*, Gewaltthaten der in Freiheit lebenden an Verfolgungswahnsinn lei-

Digitized by Google

Seite

denden Kranken. *Peerl* und *de Craene*, Geistiger Zustand eines Brandstifters. *Pilgrim*, Ueber die sogenannte Pyromanie. *Mills*, Josef Taylor, ein geisteskranker Sträfling wegen Mordes verurtheilt. *Wood*, Absurditäten des Gesetzes, illustrirt durch den Fall Taylor. *Giraud*, Gerichtl. medic. Revue. *Illoway*, Ein denkwürdiger psychiatrischer Gerichtsfall. *Monakow*, Selbstbeschuldigung bei Schwachsinn und Melancholie. *v. Krafft*, Fälschliche Selbstbeschuldigung Geistiggestörter. *Chatelain*, Werth des Leichenbefunds für den Nachweis geistiger Störung. *van der Ghijs* und *Groskamp*, Gutachten über den Gemüthszustand der G. O.

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und allgemeine Therapie. Ref.: Schüle-Illenau 212*

Allgemeine Pathologie 212*

Rutherford Macphall, Klinische Beobachtungen über das Blut Geisteskranker. *Popoff*, Tiefe Temperatursenkung im Verlauf der Psychosen. *Wiglesworth*, Uterinleiden und Geisteskrankheit. *Mairet*, Ueber Ernährung des Nervensystems im pathologischen Zustand. *Lyon*, Der mögliche Ursprung einiger Wahnvorstellungen. *de Jong*, Ueber das Entstehen der Wahnvorstellungen bei Geisteskranken. *Tambroni*, Beitrag zum Studium der Temperatur Geisteskranker. *Ventra*, Die zufälligen Erkrankungen bei Psychosen. *Semelaigne*, Beitrag zum Studium des pathologischen Schlafes bei Geisteskranken. *Charpentier*, Geistige Störungen bei frühzeitigem und raschem Altern. *Buccola*, Die elektrische Reaction des Acusticus bei Geisteskranken.

Aetiologie 217*

Conolly Norman, Geistesstörung mit Asthma abwechselnd. *O. Müller*, Ueber die dyskrasischen Momente, welche bei der Genese der Neurosen und Psychosen eine Rolle spielen. *Ball*, Irresein nach Cholera. *Desguin*, Ueber die Nervosität unseres Zeitalters.

Allgemeine Therapie 218*

J. Gray, Winke zur Verhütung von Geistesstörung. *Hughes*, Die Hygiene des Nervensystems und Geistes. *Willis E. Ford*, Geistige Hygiene. *J. Curwen*, Die Sorge für Geisteskranke. *de Watteville*, Practische Bemerkungen über den Gebrauch der Elektricität bei Psychosen. *Leppmann*, Heilung einer Psychose durch Kopfverletzung.

Digitized by Google

Seite

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . 220*

Friedmann, M., Ein Fall von Ependymwucherung mit subependymärer Sklerose im Bereich der Hirnventrikel bei einem Paralytiker. *Th Rumpf*, Beiträge zur pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems. *Oppenheim, Herm.*, Zur pathologischen Anatomie der Bleilähmung. *Althaus, Jul.*, Ein Fall von syphilitischen (?) Geschwülsten der Gehirnhäute. *Hebold, Otto*, Casuistische Mittheilungen. *Ingels, B. G.*, Ein Fall von Entwicklungshemmung des Kleinhirns bei einem Geisteskranken.

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Grafenberg 226*

Bailleur, Ein Fall von Melancholie mit Mord- und Selbstmordtrieb. *Deecke*, Primäre und originäre Verrücktheit. *Granger*, Monomanie. *Tanzi* und *Riva*, Paranoia. *Roger*, Fall von Zweifelsucht. *Wille*, Ueber inducirtes Irresein. *Donkersloot*, Selten vorkommende Angst- oder Zwangsvorstellungen. *Everts*, Behandlung der Geistesstörungen. *Silvio* und *Raffaele*, Heilung von Geistesstörung durch Einspritzung hoher Dosen Morphium. *Coran*, Ein Fall von Verrücktheit.

7. Periodische und circuläre Psychosen.

Vacat.

8. Progressive Paralyse und Psychosen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 231*

Kiernan, Dementia paralytica. *Gennaeo Caruso*, Beitrag zum Studium der depressiven Form der allgemeinen Paralyse. *Carrier*, Visceralerkrankungen. *W. Crump Beatley*, Allgemeine Paralyse der Irren. *Rost*, Epilepsie und Hemiplegie syphilitischen Ursprungs. *Moravesik*, Ueber syphilitische Psychosen. *Bettencourt-Rodrigues*, De l'état des reflexes chez les paralytiques généraux. *Descourtis*, Des injections hypodermiques d'ergotine dans le traitement de la paralysie générale.

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 239*

Adamkiewicz, Zur sogen. Jackson'schen Epilepsie. *Bourneville et Bricou*, Ueber den Gebrauch von Curare in der Behandlung der Epilepsie. *Rieger*, Ueber Epileptiker-Anstalten. *Finke*, Zur Aetiologie der Epilepsie. *Engesser*, Ueber einen Fall von

Digitized by Google

Seite

schwerer Hysterie. *Souza Leite*, Ein Fall von Hysterie mit Anfällen krampfhaften Niesens. *Haver Droeze*, Etwas über elektrische Behandlung der Epilepsie. *Ghys*, *v. d.*, Aus dem Anstaltsbericht von Zutphen. *Baker*, *L. W.*, Epilepsie. *Lombroso*, Identität der Epilepsie mit dem Gemüthswahnsinn und der angeborenen Delinquenz. *Schustow*, *A.*, Epilepsie durch Syphilis. *Winogradow*, Ein Fall von acuter Epilepsie. *Walton*, Beitrag zur Hysterie mit Rücksicht auf die Frage der Castration. *Köbner*, *Hugo*, Zur Casuistik der Hysterie im Kindesalter. *Bianchi*, *Aurelio*, Moralische Behandlung der Hysterie. *Lowry*, Hystero-Epilepsie und Hysterie. *Kalkoff*, *F.*, Beiträge zur Differentialdiagnose der hysterischen und der capsulären Hemianästhesie. *Klumpke*, *A.*, Beitrag zum Studium der hysterischen Contracturen. *Debove*, Das hysterische Fieber. *Lailler*, *A.*, Ueber Ausscheidung der Phosphorsäure im Irresein und der Epilepsie. *Mairet*, *A.*, Untersuchungen über die Veränderungen in der Ernährung des Nervensystems durch Manie, Melancholie und Epilepsie. *Lépine*, *Eyemont* und *Aubert*, Ueber das Verhältniss des unvollkommen oxydirten Phosphors im Urin, besonders bei Nervenerkrankungen.

10. Delirium acutum, Alcoholismus, toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Freusberg-Saargemünd 251*

Delirium acutum 251*

Baillarger, Delirium acutum; Eruption von Furunkeln. Genesung. *Ball*, Delirium acutum. *Rezzonico*, Beitrag zur pathologischen Anatomie des Delirium acutum.

Alcoholismus 252*

Witkowski, Ueber die Delirien der Alkoholisten. *Hills*, Ueber Hyoscyamin bei Alcoholismus. *Savage*, Beziehungen von Delirium tremens zur Geistesstörung. *Motet*, Alcoholismus, Mordwuth, volle Amnesie. *Lentz*, Alcoholismus und seine verschiedenen Formen. *Crothers*, Klinische Studien über die Anfangsstadien der Trunksucht. *Carpenter*, Alkohol bei der Krankenbehandlung. *Charcot* und *Féré*, Alkoholische Lähmungen. *Oettinger*, Alkoholische Lähmungen.

Morphinismus 254*

Cocagebrauch gegen Morphiumsucht. *Erlenmeyer*, Ueber die Wirkung des Cocaïn bei der Morphiumentziehung. *Marandon de Montyel*, Beitrag zum Studium der Morphiomanie.

Digitized by Google

Seite

Andere Intoxicationen 255*

Tschisch, Ueber Veränderungen des Rückenmarks bei Vergiftung mit Morphium, Atropin, Silbernitrat und Kaliumbromid. *Planat*, Beobachtung eines Falles von Hystero-Somnambulismus mit Hallucinationen nach einer toxischen Dose von Kampher. *Cuylits*, Diagnostik des Alcoholismus und der Bleiintoxication. *Rehm*, Chloroformsucht.

Lyssa 257*

Dujardin-Beaumetz, Bericht über die Fälle von Wuthkrankheit bei Menschen.

11. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Köhler-Hubertusburg 257*

Pfleyer, Ueber Idiotismus und Idiotenanstalten. Bericht über die IV. Conferenz für Idioten-Heilpflege zu Hamburg. *Virchow*, Vorführung der mikrocephalen Becker. 1. Jahresber. des Vereins zur Gründung eines Asyls für Erziehung und Pflege schwachsinniger Kinder. Idiotophilos. Systematisches Lehrbuch der Idioten-Heilpflege. *Stanley Davis*, Classification, Erziehung und Bildung der Schwachsinnigen, Imbecillen und Idioten. *Kiernan*, Idiotie und Imbecillität. *Fletcher Beach*, Atrophie des Gehirns bei Imbecillen. *Angel Money*, Fall von Idiotie mit allgemeiner Muskelstarrheit in Folge syphilitischer Erkrankung des Centralnervensystems. *Giacomini*, *Carlo*, Beitrag zum Studium der Mikrocephalie. *Frigerio*, Fall von Mikrocephalie mit Atrophie vieler Gehirnwindungen. *Brunati*, *A.*, Fall von Mikrocephalie.

12. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Schweizerhof 274*

Pfeilstücker, Bericht über die im Kgr. Württemberg bestehenden Staats- und Privatanstalten für Irre, Schwachsinnige und Epileptische. *B. Knapp*, Bericht über den Besuch von Idioten- und Taubstummenanstalten in Skandinavien und Norddeutschland. *A. Foville*, Allgemeine Betrachtungen über die Irrenanstalten Englands und Schottlands. *T. Oudart*, Irrencolonien. Bericht über: Berlin. Eichberg. Bunzlau. Roda. Bayreuth. Friedrichsberg. Pfingstweide. Burghölzli. Königsfelden. Préfargier. Riga. *C. Ingels*, Medicinische Statistik des Hospice-Guislain. *Lefèvre*, Maison de santé zu Menin. *P. Moreau*, Bemerkungen über die Irrenanstalten in Norwegen. Berichte über: Edinburgh. Nova Scotia. Connectitut. Marsberg. Berlin. Heppenheim. Düsseldorf. Thurgau.

Digitized by Google

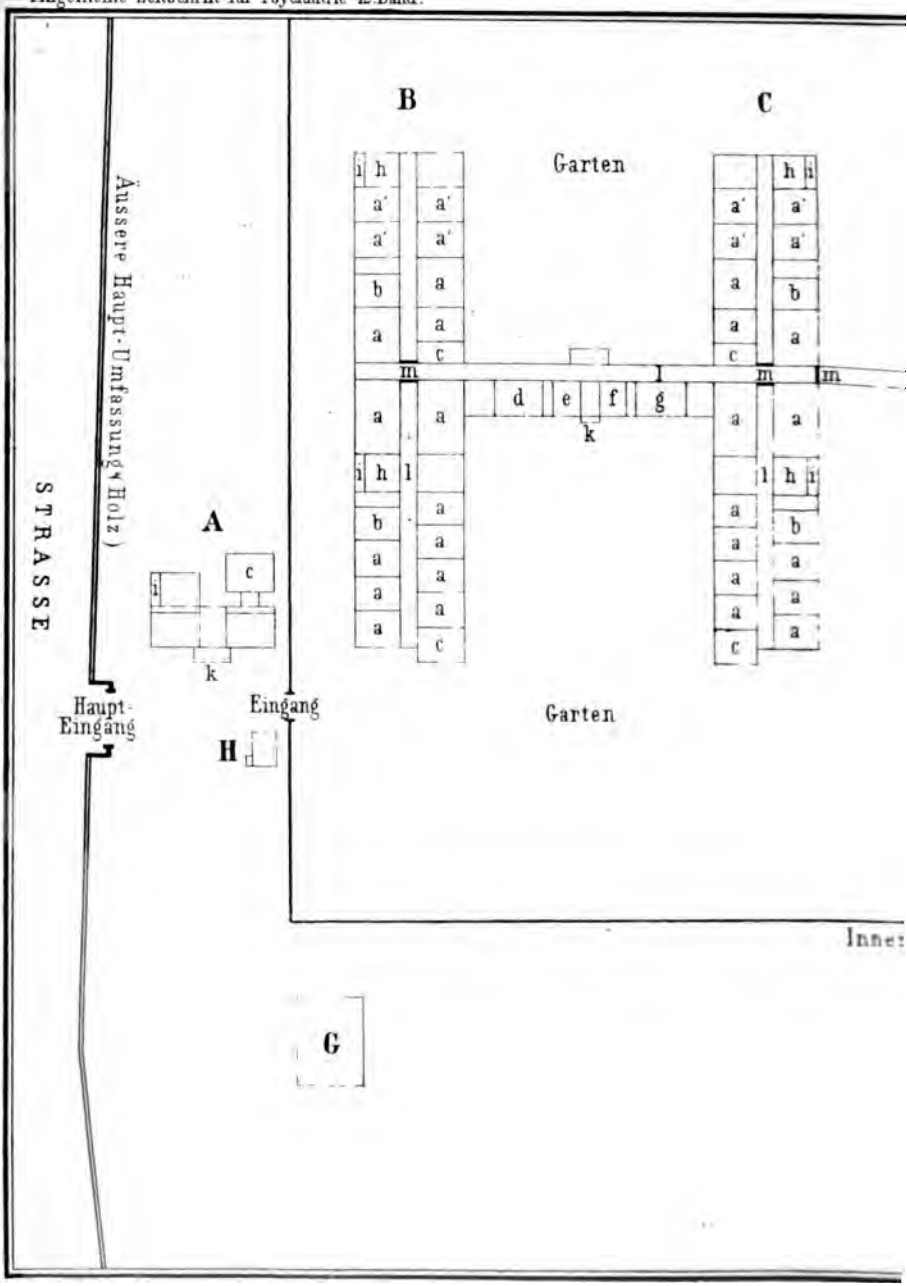
Seite

13. Statistik. Ref.: Ullrich-Erlangen 284*

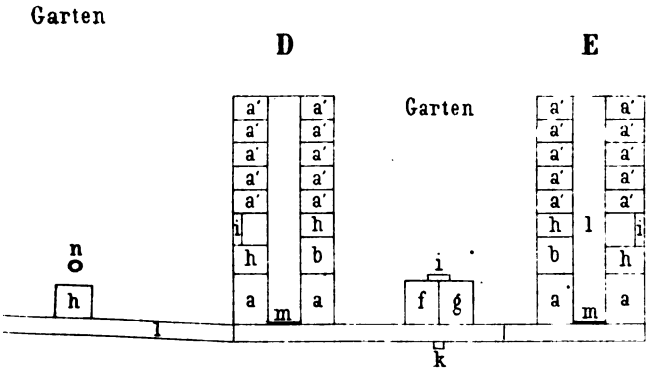
Majer, Allgemeine statist. Ergebnisse der bayer. Irrenanstalten im Jahre 1882. *Majer*, Die Selbstmorde in Bayern 1882. *Hagen*, Bericht über die Anstalt Erlangen. *Bezold*, Ergebnisse der Schuluntersuchungen über das kindliche Hörvermögen. *Fröhlich*, Geisteskrankheiten und Selbstmorde in der preuss. Armee und dem 13. Armeecorps 1881/82. 38. Bericht der Commissioners in Lunacy. 26. Jahresbericht für Schottland. 38. Bericht der „Inspectors of Irish Asylums". *Sylvester*, *W. E.*, Die Geisteskranken der Vereinigten Staaten. *Hack Tuke*, Die Geisteskranken in den Vereinigten Staaten. *Pfleger*, *L.*, Bericht der vereinigten Versorgungsanstalten am Alserbach in Wien. *Wirtinger*, Städtische Versorgungsanstalt zu Ybbs.

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google



Kakké (Beriberi) Krankenhaus

Grundriss

der

städtischen Irrenheilanstalt zu Tōkiō.

(Tōkiō-Fu Ténkio-in).

Von Dr H. Sakaky.

Garten

F

mfassung (aus Holz)

Lith Anst v L Krautz Berlin.

Digitized by Google

Digitized by Google